

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

TROUBLE D'ACCUMULATION COMPULSIVE : PORTRAIT CLINIQUE ET
ÉVALUATION DE LA THÉRAPIE BASÉE SUR LES INFÉRENCES AVEC
COMPOSANTE DE RÉALITÉ VIRTUELLE

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
MARIE-EVE ST-PIERRE-DELORME

JUIN 2015

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je tiens d'abord à remercier Kieron O'Connor, mon directeur de thèse, qui a su me guider à travers ce long périple. Kieron a toujours été à l'écoute et a su me partager sa passion pour la recherche. C'est aussi grâce à lui que je me suis spécialisée en accumulation compulsive, ce qui m'a ouvert de nombreuses portes auprès du grand public et des organismes gouvernementaux. Kieron est un homme très présent, sur qui l'on peut compter en tout temps et très dévoué pour ses étudiants.

J'aimerais aussi remercier mon second directeur, monsieur Gilles Trudel, de m'avoir accepté au doctorat et d'avoir fait en sorte que je puisse compléter ma scolarité au sein de l'UQAM. Merci pour vos conseils concernant mon projet doctoral.

Je remercie également mes collègues du centre de recherche Fernand-Seguin qui ont su agrémenter mes heures passées à rédiger ma thèse et avec qui j'ai eu énormément de plaisir au cours des dernières années. Un merci particulier à Magali, que j'ai connue au doctorat et que je considère maintenant comme une grande amie. Nous avons beaucoup ri, pleuré et surmonté des difficultés considérables. Nous fermons ensemble la page d'un long parcours et l'ouvrons sur de nouveaux horizons communs. Merci également à Karine, Stella-Marie, Mélodie, Benjamin, Nawal, Annie T, Annie S, Natalia, Geneviève, Roula, Amanda et Valérie, pour votre soutien durant mes années doctorales. Un merci spécial à Annette Maillet qui est une femme merveilleuse, toujours prête à nous aider en cas de besoin.

Je remercie les professeurs de l'UQAM pour leur enseignement académique hors pair et leur soutien tout au long de mon parcours. Merci également à mes

superviseurs de stage : Réal Labelle, Claude Bélanger, Valentina Munoz, Christiane Chalfoun, Deborah Weissberg, Clarisse Defer et Robert Langlois, pour leur enseignement clinique. Finalement, je remercie monsieur Jean Bégin qui m'a sauvé la vie plus d'une fois, grâce à son expertise avec les statistiques!

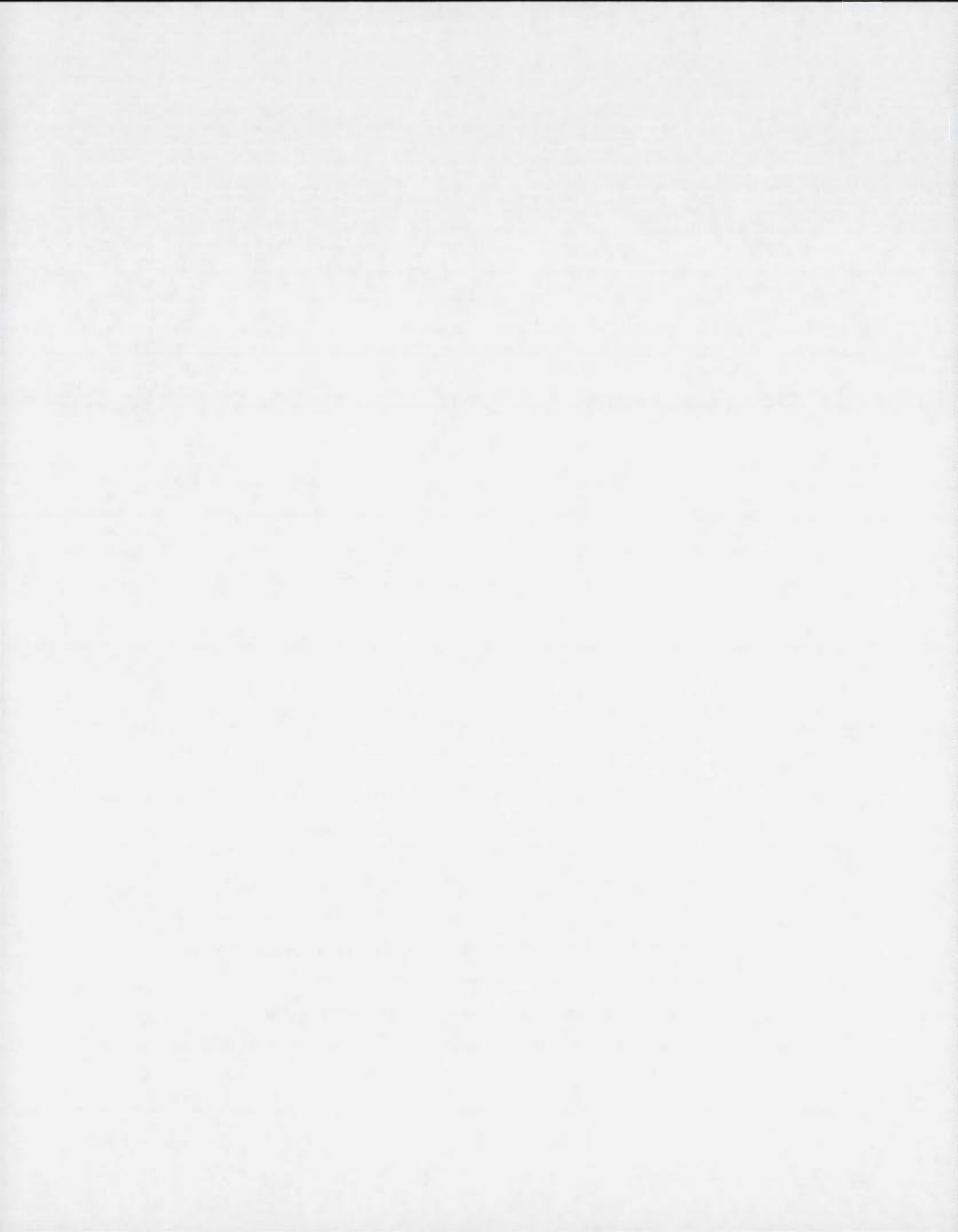
Sur un plan plus personnel, je me dois de remercier la personne la plus importante dans ma vie, mon mari, Adil. Adil, grâce à toi, je suis allée au bout de mes rêves. Tu m'as poussée à me surpasser et tu as été présent dans tous les moments, les bons comme les plus difficiles. Tu as toujours eu le bon mot lorsque la lumière se faisait plus sombre au bout du tunnel. Je suis heureuse de partager ta vie depuis plus de 10 ans et que l'on puisse passer ensemble à une nouvelle étape de notre vie, soit fonder notre famille. Merci pour tout.

Un merci à ma fille, Lilya. Cette dernière m'a insufflé la dernière dose d'énergie me permettant de terminer mon parcours doctoral. Déjà trois mois qu'elle égaye ma vie et je ne peux qu'en être reconnaissante.

Je remercie également ma famille et ma belle-famille. Ma mère et mon père qui sont présents et qui me répètent combien ils sont fiers de moi. Mon petit frère qui se dit fier de sa grande « petite » sœur et ma mamie qui m'a transmis ses belles valeurs, dont la persévérance. Merci aussi à mes oncles et tantes, cousin et cousines pour vos encouragements.

Merci à mes très bonnes amies pour leur présence dans ma vie. Sans vous, le parcours aurait été très différent, je vous l'assure. Merci Karine d'être là depuis si longtemps et de croire en moi. Merci à Kamila, qui malgré la distance qui nous sépare, est présente et m'encourage dans mes rêves et mes projets. Merci à Katia qui

est présente depuis si longtemps et à Maxine. Merci aussi à ma belle Gaby qui croit toujours en moi. Je passe toujours d'excellents moments en votre compagnie et je suis heureuse de vous compter parmi mes amies proches. Je ne peux compter les nombreuses fois où l'on s'est appelé pour ventiler sur nos résultats, le processus d'écriture ou nos pages blanches. Merci à tous pour votre soutien, il est à mes yeux inestimable et je suis comblée de vous avoir tous et chacun, à mes côtés.



DÉDICACE

L'essence de cet ouvrage ne serait pas la même sans vous,
tous autant que vous êtes, ma famille et mes amis.

La persévérance est gage de succès,
je ne l'oublie pas, je ne vous oublie pas

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	III
DÉDICACE	VII
LISTE DES TABLEAUX.....	XIII
LISTE DES FIGURES.....	XV
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES.....	XVII
RÉSUMÉ	XIX
INTRODUCTION.....	21
1.1 La réalité virtuelle	22
1.1.1 Matériel utilisé	23
1.1.2 L'état de présence	24
1.1.3 Problématiques pouvant survenir en RV.....	27
1.1.4 Efficacité actuelle de la RV	28
1.2 RV dans le traitement du TAC.....	31
1.2 Objectifs principaux de la thèse et hypothèses	34
1.2.1 Hypothèses principales de la thèse.....	34
CHAPITRE I	
RECENSION DES ÉCRITS : LE TROUBLE D'ACCUMULATION COMPULSIVE :	
RECENSION DES ÉCRITS ET PRÉSENTATION D'UN MODÈLE EXPLICATIF.....	35
Résumé.....	37
Abstract.....	37
Introduction.....	38
TAC vs. TOC	38
Différences neuropsychologiques.....	39
Prévalence	39
Différences hommes femmes.....	40
Génétique.....	41
Âge d'apparition	41
Conséquences sur le fonctionnement.....	42
Comorbidités.....	43
Comorbidité troubles de personnalités.....	44
Outils d'évaluation.....	45
Modèle théorique et étiologique selon Frost et Hartl (1996).....	46

Déficit dans le processus d'information	47
Déficit dans le processus émotionnel	47
Acquisition et évitement.....	48
Croyances erronées	49
Protocole de traitement TCC.....	50
Efficacité des thérapies conventionnelles.....	51
Traitement médical.....	51
Essais cliniques randomisés	52
Essais cliniques non randomisés	53
Thérapie de groupe.....	54
Modèle étiologique et théorique TBI pour le TAC	56
Différences entre le modèle TCC et le modèle TBI	59
Étapes de traitement de la TBI	59
Efficacité de la TBI	61
Conclusion.....	62
Références	64
CHAPITRE II	
INFERENCE BASED THERAPY FOR COMPULSIVE HOARDING: A CLINICAL CASE STUDY.....	
Abstract	81
1. Theoretical and Research Basis.....	82
2. Case Introduction	88
3. Presenting Complaint	88
4. History	90
5. Assessment.....	91
6. Case Conceptualization	93
7. Course of Treatment and Assessment of Progress	93
8. Complicating Factors	98
9. Follow-up	99
10. Treatment Implication of The Case.....	100
11. Recommendations to Clinicians and Students	101
References	103

CHAPITRE III	
COMPOSANTE EN RÉALITÉ VIRTUELLE DANS LE TRAITEMENT DE	
L'ACCUMULATION COMPULSIVE.....	83
Résumé.....	115
Abstract.....	116
Introduction.....	117
<i>TAC</i>	118
<i>Position du problème</i>	119
Méthodologie.....	121
<i>Participants</i>	121
<i>Équipement</i>	122
<i>Mesures des symptômes</i>	125
<i>Mesures de RV</i>	127
<i>Procédure</i>	128
<i>Protocole de traitement</i>	128
Résultats.....	130
Analyses pré-traitement	130
<i>Analyses pré-traitement TBI et post-traitement TBI</i>	131
<i>Analyses pré-réalité virtuelle et post-réalité virtuelle</i>	133
Discussion.....	139
Références.....	145
CHAPITRE IV	
DISCUSSION GÉNÉRALE	155
4. 1 Synthèse du contenu et des principaux résultats de la thèse	156
4.2. Considérations méthodologiques	160
4.2.1 Limites des études.....	161
4.2.2 Forces de l'étude	163
4.3 Pistes de recherches futures et conclusion	165
APPENDICE A	
MANUEL DE THÉRAPIE POUR LE TRAITEMENT DU TAC (TBI).....	167
APPENDICE B	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	241

APPENDICE C	
APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE.....	251
APPENDICE D	
PROTOCOLE DE RÉDUCTION DES CYBERMALAISES.....	253
APPENDICE E	
PROTOCOLE RV	263
APPENDICE F	
QUESTIONNAIRES.....	275
APPENDICE G	
PREUVE DE PUBLICATION ET SOUMISSION D'ARTICLE.....	331
BIBLIOGRAPHIE	335

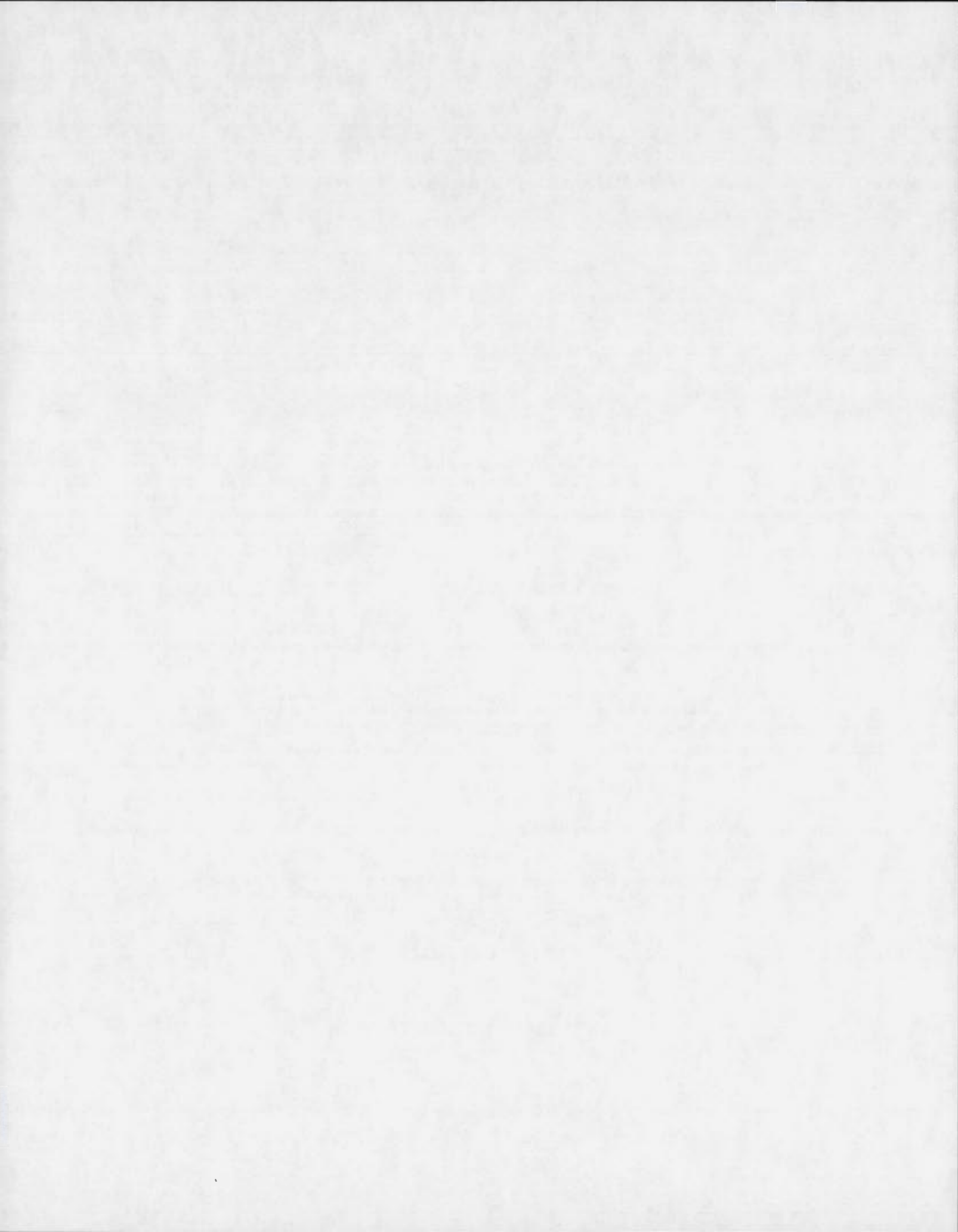
LISTE DES TABLEAUX

Chapitre II

Tableau 1	Pre, post-treatment and follow-up scores on self-reported clinical measures	109
-----------	---	-----

Chapitre III

Tableau 1	Tableau démographique	152
Tableau 2	Tableau des moyennes et écart-types des mesures cliniques	154



LISTE DES FIGURES

Chapitre I

Figure 1	Modèle TCC (Frost et Hartl, 1996)	77
Figure 2	Modèle TBI pour le TAC (O'Connor, St-Pierre-Delorme et Koszegi (2013)	78

Chapitre II

Figure 1	Schematic representation of the Inference Based Approach (IBA) model of the maintenance of OCD	110
Figure 2	Progression of the probability percentage of the primary inference ``I will need it in the future`` and the secondary inference ``I was wrong``	111

Chapitre III

Figure 1	Salon de l'environnement contrôle	153
----------	---	-----

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES

ABI	Approche basée sur les inférences
AC	Accumulateur compulsive
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
ANOVA	<i>Analysis of variance</i>
BAI	<i>Beck Anxiety Inventory</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory-II</i>
CAVE	<i>Cave Assisted Virtual Environment</i>
CBT	<i>Cognitive behavioral therapy</i>
CIR	<i>Clutter Image Rating</i>
CH	<i>Compulsive hoarding</i>
DSM	<i>Diagnostical and Statistical Manual</i>
ÉP	État de présence
EPR	Exposition avec prévention de la réponse
EV	Environnement virtuel
IBT	<i>Inference based therapy</i>
IS	Idées surévaluées
ISRS	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
ITQ-F	<i>Immersive Tendencies Questionnaire (French)</i>
OCD	<i>Obsessive compulsive disorder</i>
OVI	<i>Overvalued idea</i>
OVIS	<i>Overvalued Ideas Scale</i>

PDQ	<i>Personality Disorder Questionnaire 4</i>
PI	<i>Padua Inventory</i>
PQ-F	<i>Presence Questionnaire (French)</i>
RC	Restructuration Cognitive
RV	Réalité virtuelle
SCID-I	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV</i>
SCIR	<i>Saving Cognition Inventory Revised</i>
SD	<i>Standard Deviation</i>
SIR	<i>Saving Inventory Revised</i>
SSQ-F	<i>Simulator Sickness Questionnaire (French)</i>
TA	Trouble alimentaire
TAC	Trouble d'accumulation compulsive
TBI	Thérapie basée sur les inférences
TCC	Thérapie cognitive et comportementale
TOC	Trouble obsessionnel-compulsif
TRS	<i>Therapist Rating Scale</i>
UQAM	Université du Québec à Montréal
VE	<i>Virtual Environment</i>
YBOCS	<i>Yale-Brown obsessive-compulsive scale</i>

RÉSUMÉ

Le trouble d'accumulation compulsive (TAC) est un trouble de santé mentale reconnu depuis peu dans le DSM-5. Anciennement, ce dernier faisait partie des sous-types du trouble obsessionnel-compulsif (TOC), tel que reconnu dans le DSM-IV-TR et était un critère de la personnalité obsessionnelle-compulsive. Les études décrivant cette problématique remontent au début des années 90. La nosologie du TAC fut alors décrite comme un problème d'encombrement du domicile causant une détresse et une altération des fonctions premières des pièces, en raison de l'amasement d'objets hétéroclites et sans valeur. Les individus atteints de ce problème présentent également une difficulté à se débarrasser des dits objets et un besoin d'acquérir des biens. Un modèle cognitif et comportemental a été décrit pour expliquer le développement de la problématique et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est actuellement considérée comme un traitement de choix. Malgré des résultats positifs, il n'en demeure pas moins que plusieurs lacunes sont notables telles que les taux d'abandon élevés et le refus d'aide à domicile par les participants. Au cours des dernières années, une équipe de recherche a développé un modèle explicatif alternatif du TAC et a développé un processus thérapeutique basé sur ce même modèle. À la base, ce traitement, appelé « approche basée sur les inférences » (ABI) avait été développé pour les gens souffrant de TOC avec des niveaux de convictions très élevés. Puisqu'il s'avère que c'est généralement le cas des accumulateurs compulsifs (AC), la thérapie a été adaptée pour cette population clinique. Afin de pallier aux difficultés relatives à la TCC, une composante de réalité virtuelle (RV) a été ajoutée suite à la thérapie basée sur les inférences (TBI) afin d'aider les AC, de façon non invasive, à mieux organiser leur environnement et à se débarrasser des objets non nécessaires. À cet effet, cette étude a comparé l'effet de deux conditions en RV, soit une condition expérimentale et une condition contrôle. Cette thèse se divise en quatre chapitres. Le premier chapitre correspond à une recension des écrits scientifiques sur la problématique du TAC incorporant le modèle explicatif de la TBI. Le deuxième chapitre correspond à une étude de cas présentant spécifiquement la TBI en exposant l'histoire de cas d'une participante, les manifestations cliniques de son trouble et les résultats cliniques issus de cette étude de cas. Le troisième chapitre consiste en un devis randomisé entre une condition expérimentale et contrôle en RV suite à la TBI. Les résultats montrent que la RV non immersive est accessible et suscite un ÉP et d'immersion chez les participants souffrant d'un TAC. De plus, elle permet de susciter des émotions lors des tâches de tri et de désencombrement en virtuel. Les résultats soulignent aussi que la TBI semble être une approche prometteuse pour le traitement du TAC et que la personnalisation de l'environnement virtuel (EV) peut permettre le passage à l'action dans le désencombrement. Finalement, le quatrième chapitre expose les conclusions de la présente thèse en abordant les forces et limites

de l'étude, de même que les considérations générales et des pistes de recherches futures.

Mots-clés : Trouble d'accumulation compulsive, thérapie basée sur les inférences, réalité virtuelle, environnement non immersif, étude clinique.

INTRODUCTION

Le trouble d'accumulation compulsive (TAC), également appelé syllogomanie se définit par la difficulté persistante à se débarrasser des possessions sans valeur, qui s'accompagne d'une détresse chez l'individu. Cette difficulté s'accompagne également d'un encombrement des pièces de la maison empêchant ainsi l'utilisation adéquate de celles-ci. La détresse vécue par l'accumulateur compulsif (AC) se manifeste également dans d'autres sphères de sa vie et lui cause une difficulté cliniquement significative (APA, 2013) (American, Psychiatric, & Association, 2013). Le manuel diagnostique et statistique de psychiatrie (DSM-5) établit sa prévalence de 2 à 6 % de la population. Cette problématique est également lourde de conséquences sur le plan personnel, social et pour la santé (Tolin, Frost, Steketee, & Fitch, 2008).

Actuellement, les études portant sur les traitements pour le TAC se basent sur le modèle de la thérapie cognitive-comportementale (TCC) développée par Frost et Hartl (1996) (Frost & Hartl, 1996). Une recension des études effectuée par Muroff et al. (2011) (Muroff, Bratton, & Steketee, 2011) a recensé toutes les études de traitements pour le TAC et souligne plusieurs limites telles que des taux d'abandon élevés et des résultats mitigés relativement aux thérapies conventionnelles actuelles. Cela est également le cas pour les études utilisant la médication antidépressive de type inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine (ISRS), seule médication employée jusqu'à maintenant auprès de cette population. Plusieurs tentatives d'amélioration du traitement actuel ont été faites durant les dernières années, dont l'ajout de séances d'entrevue motivationnelle et le fait d'offrir la thérapie en format de groupe. Ces résultats s'avèrent intéressants, mais demeurent limités, ce qui pourrait constituer une indication en vue d'améliorer le modèle étiologique cognitivo-comportemental. À cet effet, l'équipe d'O'Connor et al., (2013) mentionne que le fait de considérer les idées surévaluées dans le cadre du traitement pourrait améliorer les

résultats thérapeutiques. De plus, en raison des nombreux abandons et des difficultés vécues relativement aux déplacements à domicile, une approche non invasive pourrait être implémentée. Ceci étant dit, le passage à l'action pourrait être facilité par l'emploi de la réalité virtuelle (RV) comme composante de traitement suite à la thérapie.

Les notions relatives à la réalité virtuelle seront définies et expliquées afin de pouvoir apprécier le troisième chapitre de cette thèse qui inclut une composante de RV dans le traitement du TAC. Ces notions portent sur la définition de la RV, le matériel utilisé, la notion d'état de présence, les problématiques pouvant survenir, l'efficacité des thérapies actuelles et la RV dans le traitement du TAC.

1.1 La réalité virtuelle

La réalité virtuelle (RV) est caractérisée par l'immersion de l'individu dans un environnement en trois dimensions dans lequel il est possible de créer des échanges interactifs semblables à la réalité (Vincelli, 1999). Les possibilités de la RV sont très variées et accessibles puisqu'il s'agit de créer un environnement virtuel (EV) utilisant certaines caractéristiques qui incitent l'individu à être immergé dans son expérience (Riva, 2005). Ces caractéristiques incluent : a) contrôler précisément ce qui est présenté; b) créer un environnement sur mesure, selon les besoins du client; et c) exposer le client à des conditions parfois difficiles à reproduire, précaires ou prenant trop de temps (Kim, Kim, Kim, Roh, & Kim, 2009). De plus, la RV offre de nombreux avantages tels qu'une diminution des coûts de thérapie, une augmentation du sentiment d'auto-efficacité du participant, une alternative efficace à l'exposition

en imagination et elle augmente le taux de participation au traitement, ceci diminuant l'attrition (Gregg & Tarrier, 2007).

Il s'agit d'une technologie en plein essor et qui est de plus en plus utilisée de par le fait qu'elle permet d'obtenir des résultats convaincants en psychothérapie et qu'elle représente une plateforme de communication intéressante (Riva, 2005). Elle est également de plus en plus employée en raison du développement rapide de la technologie et d'une diminution substantielle des coûts y étant associée (Riva, 2002). Cependant, elle présente certaines limites telles que les cybermalaises qui seront abordés plus loin.

1.1.1 Matériel utilisé

Plusieurs types d'équipement peuvent être employés pour la RV, dont le casque immersif (Head Mounted Display), l'ordinateur simple et la voûte immersive (CAVE). De façon simplifiée, le casque immersif est muni de lentilles projetant une image de ce qui est présenté à l'écran de l'EV. La voûte immersive, également appelée CAVE (cave assisted virtual environment), est un environnement 3D immersif muni de projecteurs qui peuvent aller de 3 faces de la pièce, à 6 faces. Il s'agit principalement d'une pièce cubique dans laquelle sont projetées des images sur les murs.

La RV peut coûter très cher (Robillard, Bouchard, Fournier, & Renaud, 2003) et une étude de Riva (2005) mentionne que la création d'un EV peut coûter jusqu'à 200 000 US \$. L'achat d'un casque immersif débute à un montant d'environ 200 \$ et le prix d'une voûte immersive peut atteindre jusqu'à 1 000 000 \$. Une alternative moins coûteuse est d'utiliser un ordinateur simple. Quelques études exposent des

résultats intéressants et avantageux en terme de coûts (Riva, 2005 ; Robillard et al., 2003). En utilisant un ordinateur et un moniteur, il est possible de créer une interface en 2D qui pourrait aussi être améliorée en utilisant un logiciel 3D. Plusieurs types de programmes existent, allant de la plateforme gratuite sur internet à des logiciels plus sophistiqués. Il est également possible de louer des EV moyennant un coût mensuel. Une équipe d'Italie a créé un programme de cyberpsychologie accessible gratuitement sur le web (Riva, 2009). NeuroVR 2.0 (Riva, 2009) est une plateforme accessible en ligne permettant la création d'EV en 3D. Une banque d'objets 2D et 3D est disponible afin d'accessoiriser la création de l'EV. Pour utiliser NeuroVR 2.0, le système d'exploitation doit être Windows XP ou 7 et avoir une carte graphique d'un minimum de 500MB. La carte graphique doit également être compatible avec OpenGL. Il est important de mentionner qu'il s'agit de la seule plateforme accessible gratuitement sur internet et que ce projet développé par Riva et ses collaborateurs est unique en son genre. Ce projet s'inscrit dans le projet européen VEPSY qui avait pour mission de rendre la cyberthérapie accessible à la communauté thérapeutique (Riva et al., 2004).

1.1.2 L'état de présence

L'état de présence (ÉP) est un concept qui a été largement étudié depuis les années 1980. Cependant, avant de le définir plus amplement, il importe d'aborder le concept d'immersion. L'immersion est un élément important dans la compréhension de l'ÉP et peut se définir comme étant le processus lorsqu'une personne est exposée à un EV et qui suscite l'ÉP (Slater, 2003; Slater & Wilbur, 1997). Plus l'équipement et l'expérience virtuelle permettent une ressemblance avec le monde réel, plus l'expérience est dite immersive (Mantovani & Castelnuovo, 2003; Slater, 2003). Par exemple, Slater (2003) mentionne que plus la fidélité est assurée pour les aspects visuels, olfactifs, auditifs et haptiques, plus l'expérience d'immersion ressemblera à

la réalité. D'autres variables sont importantes à considérer telles que la résolution de l'écran, le système de pistage et la température de la pièce pour ne nommer que ceux-ci.

L'ÉP est la réponse de l'individu lorsque celui-ci est immergé dans un environnement virtuel (EV), donc il s'agit de la perception de faire partie de l'EV (Slater, 2003; van der Straaten & Schuemie, 2002). Pour leur part, Witmer et Singer (1998) décrivent l'ÉP comme étant le fait d'être présent dans un environnement, même si physiquement, l'individu est ailleurs. Slater et Wilbur (1997) ajoutent qu'il y a trois aspects à l'ÉP: se sentir présent dans l'EV, le fait que l'individu réponde de façon prioritaire à l'EV plutôt qu'au monde réel et finalement, le fait que l'individu rapporte l'impression d'avoir visité un endroit plutôt que d'avoir vu des images sur l'écran d'un ordinateur.

L'ÉP est principalement modulé par les caractéristiques de l'EV ou celles de l'individu prenant part à l'expérience virtuelle (Ijsselstein & Riva, 2003). Les caractéristiques de l'EV sont plutôt objectives et sont facilement modulables, permettant ainsi un meilleur ÉP (Slater & Steed, 2000; Slater, Steed, Mc Carthy, & Marinelli, 1998). Par exemple, on peut contrôler plus facilement la durée de l'exposition ou de l'information présentée. Concernant les caractéristiques de l'individu, celles-ci sont dites subjectives et sont donc plus difficiles à contrôler. Elles reposent sur les systèmes de représentation présents chez l'être humain, soit le système visuel, auditif et kinesthésique.

L'ÉP permet également une réponse émotionnelle de l'individu. Il peut autant susciter des émotions agréables que désagréables comme c'est le cas dans une expérience réelle (Schuemie, van der Straaten, Krijn, & van der Mast, 2001). À cet effet, quelques études présentent des corrélations entre la mesure de présence et de

peur concernant certaines phobies spécifiques comme l'acrophobie (Regenbrecht, Schubert, & Friedmann, 1998; Schuemie et al., 2001).

Une étude de Kim et al. (2008) a montré que l'utilisation de la RV pouvait susciter de l'anxiété chez des participants souffrant d'un TOC. Les comportements de vérification étaient mesurés pour le groupe de participants souffrant d'un TOC et pour le groupe de participants contrôles ne souffrant pas de troubles psychiatriques. Les résultats indiquent que les gens souffrant de TOC ont significativement plus de comportements de vérification et plus d'anxiété que les participants du groupe contrôle.

Une étude de Morina et al. (2014) montre que l'ÉP favorise l'apparition d'anxiété en utilisant un EV pour la phobie sociale. Les participants ont été assignés aléatoirement à deux conditions, soit un EV immersif avec casque HMD et un EV non immersif utilisant un écran de projection. Les résultats indiquent que l'exposition en RV pour l'anxiété sociale permet un ÉP et suscite de l'anxiété et ce, pour les deux groupes. Le groupe ayant reçu la condition avec le casque immersif a toutefois un ÉP plus élevé que le groupe ayant reçu la condition non immersive. Il n'y a pas de différence entre les deux groupes concernant le niveau d'anxiété vécu lors de l'exposition en RV.

Finalement, une méta-analyse présente la relation entre l'ÉP et la présence d'anxiété lors de l'exposition en RV pour les troubles anxieux (Ling, Nefs, Morina, Heynderickx, & Brinkman, 2014). Cette méta-analyse a recensé 33 études et un total de 1196 participants. Les résultats indiquent qu'il y a une relation positive entre l'ÉP et la présence d'anxiété. Toutefois, il est important de noter que cette relation dépend de plusieurs modérateurs tels que les caractéristiques de la technologie, l'âge et le sexe de même que les caractéristiques propres à chaque trouble.

Il est important de mentionner que l'ÉP peut être mesuré de plusieurs façons, soit subjectivement, physiologiquement ou de façon comportementale, mais que le questionnaire autorapporté demeure la principale mesure utilisée (Insko, 2003).

1.1.3 Problématiques pouvant survenir en RV

Les limites de l'utilisation de la RV se situent principalement au niveau des cybermalaises. Les cybermalaises sont des symptômes expérimentés lors du mouvement dans l'EV. Une étude rapporte que 5 % des gens vont présenter des symptômes graves de cybermalaises, mais qu'environ 60 % peuvent présenter de légers symptômes lors d'une première expérience en RV (Lawson, Graeber, & Mead, 2002). On retrouve trois types de cybermalaises : des problèmes oculaires, de la nausée et de la désorientation (Kennedy, Lane, Berbaum, & Lilienthal, 1993). D'autres malaises peuvent être présents durant l'immersion et ont fait l'objet d'études tel qu'un sentiment d'inconfort général, une salivation plus abondante, de la transpiration, des difficultés de concentration, le sentiment de ne pas être focalisé et des étourdissements (Balk, Bertola, & Inman, 2013; Kennedy et al., 1993). Il est à noter que certains auteurs ont souligné que les cybermalaises pouvaient diminuer l'ÉP, ceci minant l'impact désiré par le traitement en RV (Witmer & Singer, 1998).

Les problèmes oculaires seraient principalement causés par le port du casque et les symptômes de nausée et de désorientation, par le conflit entre les différents systèmes sensori-moteurs chez l'individu. Afin de prévenir l'apparition de cybermalaises, un protocole a été développé par le laboratoire de cyberpsychologie de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) (voir appendices).

Finalement, un état de dissociation ou de dépersonnalisation peut également survenir durant l'immersion dans l'EV (Aardema, O'Connor, Côté, & Taillon, 2010; Murray,

Fox, & Pettifer, 2007). En fait, plus une personne présente des symptômes dissociatifs, moins elle présente un ÉP avec la réalité environnante. Certes, elle sera plus immergée dans l'EV, ceci augmentant ses réactions face à la RV, mais diminuant ses réactions face à la réalité. Il est important de spécifier que les expériences dissociatives se distribuent sur un continuum et qu'elles ne sont pas nécessairement pathologiques. Ainsi, elles pourraient correspondre aux mêmes sensations expérimentées lorsqu'un individu est absorbé dans un film, lors de tâches à l'ordinateur ou lors de la lecture d'un livre. Cet état permet donc de favoriser l'ÉP dans l'EV (Aardema et al., 2010).

1.1.4 Efficacité actuelle de la RV

L'efficacité de la RV comme composante de traitement n'est plus à prouver et a été démontrée dans une panoplie d'études touchant différentes problématiques comme les troubles anxieux. Son utilisation principale concerne la thérapie avec exposition et prévention de la réponse (EPR). Elle consiste à exposer l'individu à un élément phobogène jusqu'à ce que l'anxiété diminue sous un seuil favorable. Toutefois, elle est maintenant utilisée pour d'autres types de problématiques comme le jeu compulsif (Giroux et al., 2013) et le trouble alimentaire (TA) (Riva, Bacchetta, Barus, Rinaldi & Molinari, 1998 ; Riva, Bacchetta, Baruffi, Rinaldi & Molinari, 1999). Les principales études de traitement pour les troubles anxieux ainsi que leurs paramètres sont présentés dans le tableau 2. Ces études sont celles généralement mentionnées dans les recensions des écrits scientifiques et concernent l'exposition en RV. Il ne s'agit pas d'une recension des écrits scientifiques exhaustive puisque des méta-analyses sur le sujet recensent déjà les études utilisant la RV pour les troubles anxieux (Opris et al., 2012 ; Powers & Emmelkamp, 2008). L'utilisation des moteurs de recherche PsycINFO et PubMed a été utilisée afin de sélectionner les études pertinentes.

Tableau 2. Tableau comparatif des études employant la RV

Études	n	Nombre de séances	conditions	Diagnostic	Modalité	Durée (min)	Technologies	Résultats
Rothbaum et al., 2000	30	8	RV et TCC	phobie de l'avion	Randomisé	60 à 90	HMD	RV=ERP: diminution significative des symptômes d'anxiété RV = Exposition in vivo
Emmelknamp et al., 2002	33	3	RV et TCC	acrophobie	Randomisé	60	HMD	RV > liste d'attente
Garcia-Palacios et al., 2002	23	4	RV et liste d'attente	phobie des araignées	Randomisé	60	HMD	RV = placebo, toutefois RV a une plus grande taille d'effet. RV > liste d'attente; HMD = CAVE
Maltby et al., 2002	43	5	RV et placebo	phobie spécifique	Randomisé	1ère: 90 4 autres: 45	HMD	RV > liste d'attente; RV = TCC
Krijn et al., 2004	49	3	RV et liste d'attente	acrophobie	Randomisé	60	HMD et CAVE	RV > liste d'attente
Rothbaum et al., 2006	75	4	RV, TCC et liste d'attente	phobie de l'avion	Randomisé	non mentionné	HMD	RV > liste d'attente; RV = In vivo
Krijn et al., 2007	64	4	RV, TCC et bibliothérapie	phobie de l'avion	Randomisé	non mentionné	HMD	RV > bibliothérapie; RV = TCC
Harris et al., 2002	14	4	RV et liste d'attente	phobie sociale	Randomisé	15	non mentionné	RV > liste d'attente
Klinger et al., 2005	36	12	RV et TCC	phobie sociale	apparié	45	PC simple	RV = TCC
Robillard et al., 2010	45	16 TCC + RV	RV, TCC et liste d'attente	phobie sociale	Randomisé	non mentionné	HMD	RV = TCC ; RV et TCC > liste d'attente
Botella et al., 2007	37	9	RV, TCC et liste d'attente	trouble panique	Randomisé	non mentionné	HMD	RV = EPR ; EPR et RV > liste d'attente
Choi et al., 2005	40	4	RV et TCC	trouble panique	Randomisé	non mentionné	non mentionné	RV = TCC
Difede et al., 2007	21	7,5	RV et liste d'attente	ESPT	Apparié	75	HMD	RV > liste d'attente

Note: TCC = thérapie cognitive-comportementale

Toutefois, ce qui nous intéresse pour la présente thèse, ce sont les études d'efficacité des environnements dits non immersifs. Quelques recherches en psychologie ont été effectuées avec des environnements utilisant seulement un ordinateur et un écran.

D'abord, une étude faite en Espagne (Perpina et al., 2013) mesurait la création d'un EV pour normaliser les habitudes alimentaires des femmes souffrant d'un trouble alimentaire (TA). Ils ont utilisé un EV non immersif qui consistait à simuler l'action de manger une pointe de pizza virtuellement. Les résultats montrent que le sentiment de présence était observé dans les deux groupes, soit dans le groupe de femmes souffrant d'un TA et les femmes qui n'en souffraient pas. De plus, le groupe souffrant d'un TA a ressenti plus de peur, un désir d'éviter la situation, le désir de contrôler ce qu'elles mangeaient et la sensation de prendre du poids.

Une seconde étude de Klinger et al. (2005) a utilisé un EV non immersif pour traiter la phobie sociale. Cinq EV ont été créés et utilisés à des fins thérapeutiques. Les EV servaient à la fois d'outils d'évaluation et d'exposition. La première session permettait la familiarisation avec chaque EV et les sessions subséquentes permettaient d'évaluer les réactions du participant face à l'EV et de l'exposer par la suite. Les résultats indiquent une efficacité similaire entre la RV et la TCC, soit que les symptômes anxieux diminuent dans les deux conditions. Ceci étant dit, la RV contribue significativement à diminuer les manifestations anxieuses présentes dans le trouble d'anxiété sociale.

Ainsi, il semble que l'utilisation d'EV non immersif peut s'avérer intéressante dans le traitement des TA et de la phobie sociale. De plus, la RV ne serait pas seulement utilisée dans un cadre d'EPR, mais serait également utilisée comme outil d'évaluation comme mentionné dans les deux études précédentes.

1.2 RV dans le traitement du TAC

Le taux de succès de la TCC auprès des accumulateurs compulsifs (AC) est actuellement peu élevé (Gilliam et al., 2011). En effet, il arrive souvent que les AC abandonnent en cours de traitement, car ils refusent que le thérapeute vienne à domicile. De plus, il peut parfois être compliqué de se rendre chez l'AC à cause des risques pour la santé, des coûts reliés au déplacement et l'accessibilité. Ceci étant dit, la RV représente un avantage considérable en termes de temps, de coût et d'accessibilité. Il est également moins envahissant pour l'AC qu'un déplacement à domicile d'où notre intérêt d'utiliser la RV dans le traitement du TAC.

En raison des études soulignant l'efficacité de la RV par l'utilisation d'un EV à moindres coûts, il nous est possible de croire qu'un EV, créé à l'aide d'un logiciel accessible aux thérapeutes, représentera un stimulus pouvant générer une réponse émotionnelle favorisant le passage à l'action dans le traitement. De plus, la RV pourrait servir de pont entre le monde virtuel et le monde réel. Ainsi, les AC peuvent avoir la chance de pratiquer à catégoriser des objets ou à jeter des objets sans que cela ne soit réellement le cas pour ensuite faciliter la mise en action à la maison.

Afin de déterminer les paramètres qui seront utilisés lors des séances en RV, nous avons pris en considération que les participants avaient au préalable bénéficié d'une thérapie de 20 rencontres hebdomadaires. De plus, puisqu'aucune étude de traitement utilisant la RV n'existe pour le TAC, nous nous sommes basés sur les paramètres présentés dans le tableau 2. Ainsi, un nombre de cinq séances d'une heure chacune s'avérerait un choix judicieux.

La RV permettra d'aider le traitement du TAC selon plusieurs éléments 1) avoir accès à une partie de leur environnement réel sans avoir à se déplacer à domicile; 2) permettre à l'individu de développer ses capacités d'organisation et de prise de décisions relativement à ses objets; et 3) passer à l'action en jetant les objets dans l'environnement virtuel.

Compte tenu de ce qui précède, l'essentiel de cette thèse repose sur une recension des écrits scientifiques sur le TAC exposant un modèle explicatif alternatif et deux articles empiriques abordant le traitement d'un cas unique par la thérapie basée sur les inférences (TBI) ainsi qu'une étude randomisée incluant une composante de réalité virtuelle (RV).

Cette thèse se divise en quatre chapitres. D'abord, une recension des écrits scientifiques concernant le TAC fait office de premier article. Cet article a été soumis à la Revue en santé mentale au Québec et s'intitule « Le trouble d'accumulation compulsive : Recension des écrits et présentation d'un modèle explicatif ». L'objectif de cet article était de recenser les écrits scientifiques actuels sur le TAC et de dresser un portrait clinique de la problématique incluant : la définition, la prévalence, les conséquences du problème, les facteurs héréditaires et génétiques, les différences hommes femmes, la comorbidité avec les troubles du DSM-5, les modèles étiologiques, l'efficacité des traitements actuels et une présentation du modèle alternatif et de son efficacité. L'intérêt de cet article réside dans son caractère exhaustif et dans l'aspect novateur d'un modèle alternatif basé sur les études d'O'Connor et ses collègues (2013).

Le deuxième chapitre est présenté sous forme d'article scientifique en anglais et représente une étude de cas traité avec la thérapie basée sur les inférences. Le titre de

l'article est « Inference-based therapy for compulsive hoarding : A clinical case study ». La description détaillée du cas clinique de même que les étapes de la thérapie appliquées au cas sont présentées. Finalement, les résultats intrasujets sont également exposés en utilisant un seuil clinique. Les résultats montrent une amélioration cliniquement notable de la majorité des symptômes d'accumulation, de dépression et d'anxiété. Cet article est publié dans la revue *Clinical Case Studies*.

Le troisième chapitre présente un article qui sera soumis pour publication. L'article est intitulé: Composante en réalité virtuelle dans le traitement de l'accumulation compulsive. Cet article consiste en une étude de traitement par l'approche de la TBI suivi d'une randomisation entre une condition de RV expérimentale et contrôle. La composante en RV visait l'apprentissage de l'organisation de l'environnement de même que l'exposition à la suppression d'objets par les participants. Les objets présents dans les environnements expérimentaux étaient des objets appartenant spécifiquement à l'individu et les objets de l'environnement contrôle représentaient des objets génériques que l'on retrouve dans la vie courante, n'appartenant pas à l'AC. Les résultats indiquent que la majorité des symptômes d'accumulation diminuent suite à la TBI. De plus, une différence significative est observée entre les deux groupes concernant l'encombrement de la chambre à coucher. Ces derniers résultats sont intéressants puisqu'ils suggèrent que la personnalisation de l'EV peut aider dans le passage à l'action à domicile.

Le quatrième chapitre, soit la conclusion générale, est une description de l'apport global de cette recherche doctorale pour le milieu scientifique. Chaque article y est détaillé et un résumé des résultats est abordé. Les forces et les limites sont décrites, de même que l'apport original de ce projet. Des recommandations aux cliniciens et chercheurs sont émises quant à la problématique du TAC ainsi que des pistes de recherches futures. Les résultats exposent des retombées cliniques intéressantes, et

suggèrent que la RV peut être utilisée en psychothérapie avec les gens souffrant d'un TAC.

1.2 Objectifs principaux de la thèse et hypothèses

Les objectifs principaux de cette recherche sont :

1. Dresser un portrait clinique du TAC et proposer un modèle explicatif alternatif.
2. Évaluer l'efficacité clinique d'une nouvelle approche basée sur un modèle explicatif alternatif, soit la TBI.
3. Évaluer la RV suite à la TBI.

1.2.1 Hypothèses principales de la thèse

- 1- La TBI va mener à une amélioration cliniquement et statistiquement significative des symptômes a) de TAC b) d'anxiété et c) de dépression.
- 2- Il y aura une différence statistiquement significative entre la condition expérimentale et contrôle en RV sur les mesures d'encombrement, soit le Clutter Image Rating Scale.
- 3- Les participants de la condition expérimentale auront cliniquement plus de détresse et d'anxiété que les participants de la condition contrôle lors des séances d'immersion dans l'EV.

CHAPITRE I

RECENSION DES ÉCRITS : LE TROUBLE D'ACCUMULATION COMPULSIVE : RECENSION DES ÉCRITS ET PRÉSENTATION D'UN MODÈLE EXPLICATIF

Cet article a été soumis à la revue Santé mentale au Québec

Le trouble d'accumulation compulsive: Recension des écrits et présentation d'un
modèle explicatif

St-Pierre-Delorme, M-E., Surprenant, A., O'Connor, K.

Marie-Eve St-Pierre-Delorme, étudiante au Ph. D. en psychologie recherche-
intervention, Université du Québec à Montréal

Annie Surprenant, étudiante au baccalauréat en psychologie, Université de Montréal

Kieron O'Connor, professeur associé au département de psychiatrie, Université de
Montréal

Résumé

Le trouble d'accumulation compulsive (TAC) est maintenant reconnu comme un trouble à part par l'Association américaine de psychiatrie (APA). Le TAC fait référence à des symptômes qui minent la qualité de vie des individus aux prises avec cette problématique tels que l'encombrement des espaces de vie et la difficulté à se départir des objets. L'objectif de cet article est de dresser un portrait de la problématique en résumant les connaissances actuelles et en présentant les modèles explicatifs et les traitements actuels. Cet article présente également une nouvelle approche dans la conceptualisation du TAC afin de pallier aux nombreuses lacunes des traitements psychologiques et pharmacologiques.

Abstract

Compulsive hoarding (CH) is now recognized as a disorder in DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). CH is associated with symptoms that decrease quality of life of the individual such as having cluttered spaces in the home and difficulty discarding objects. The main purpose of this article is to provide an overview of recent findings related to explicative models and treatment for CH. This article also presents an alternative model to conceptualize CH and addresses the problems in the current psychotherapeutic and medical approaches.

Introduction

Le TAC, également appelé syllogomanie est depuis peu reconnu comme un trouble distinct dans le DSM-5 (APA, 2013). Il était anciennement reconnu comme un sous-type du trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et faisait partie des critères diagnostiques du trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive (APA, 2003). La définition actuelle du TAC, développée par Frost et Hartl (1996) (APA, 2013) souligne que le problème est déterminé d'une part par le fait d'entasser une quantité énorme d'objets sans valeur et à l'incapacité de se débarrasser de ces dits objets. D'autre part, les espaces viables chez l'individu sont très encombrés, diminuant la fonctionnalité de ces derniers. Finalement, une détresse considérable peut être observée lorsque l'individu tente de désencombrer son environnement ou de faire face à sa problématique (APA, 2013; Frost & Hartl, 1996).

TAC vs. TOC

Le TAC a longtemps été considéré comme un sous-type du TOC. Pour sa part, le TOC se définit par la présence d'obsessions, avec ou sans compulsion qui causent de la détresse et une perte de temps considérable, interférant avec les activités quotidiennes de l'individu (APA, 2003). En général, la nature des obsessions du TOC est égodystone tandis que celle retrouvée dans le TAC est égosyntone et surinvestie. En effet, les individus qui accumulent de façon excessive présentent plus d'idées égosyntones car ils sont convaincus qu'ils ont raison de conserver leurs objets. Leurs justifications vont souvent dans le même sens que leurs valeurs, ce qui explique leur manque d'introspection et leurs comportements d'acquisition et d'encombrement.

Toutefois, un individu souffrant d'un TOC typique a plus tendance à reconnaître que ses pensées sont excessives ou déraisonnables. Cependant, les gens ayant un TAC ont plusieurs similarités avec le TOC comme la présence de rituels, des préoccupations excessives et la présence de compulsions. Les personnes souffrant de TAC présentent beaucoup d'idées surinvesties ou surévaluées, qui se distribuent sur un continuum allant de modérées à délirantes (Frost, Tolin, & Maltby, 2010).

Différences neuropsychologiques

Une étude de Blom et ses collaborateurs (2011) montre également que les accumulateurs compulsifs (AC), en comparaison à un groupe contrôle, présentent des différences notables dans certaines tâches neurocognitives, suggérant qu'ils ont plus de difficulté avec la mémoire implicite; on observe ce même constat chez les personnes souffrant de TOC. Toutefois, ces dernières apprennent plus lentement que les AC et que le groupe contrôle relativement à une tâche de prise de décision. Ceci suggère une différence entre les substrats neuropsychologiques des AC et des TOC.

Prévalence

Des études de prévalence rapportent qu'aux États-Unis et en Europe environ 2 à 6 % de la population présenterait des symptômes de TAC (APA, 2013; Grisham & Norberg, 2010; Iervolino et al., 2009; Ruscio, Stein, Chiu, & Kessler, 2010). D'autres études cliniques portant sur une population souffrant de TOC rapportent qu'entre 18 et 33 % des individus souffrent de TOC avec accumulation (Frost, Krause, & Steketee, 1996; Samuels et al., 2002). De plus, on observe que la prévalence augmente en fonction de l'âge. Samuels et ses collègues (2008) ont

souligné que le TAC était trois fois plus prévalent chez les personnes âgées de 54 ans et plus, qu'il ne l'est chez les gens dans la trentaine. Dans un autre ordre d'idée, une étude de Frost, Steketee et Williams (2000) rapporte que le nombre de plaintes au département de santé publique qui sont reliées aux symptômes du TAC s'avère être autour de cinq cas pour 1000.

Au Québec, aucun sondage formel n'a été effectué. La direction régionale de santé publique de la capitale provinciale a fait état, en 2005, d'un rapport décrivant la problématique d'insalubrité et répertoriait une incidence de 10 à 15 nouveaux cas chaque année au sein de la ville de Québec. Toutefois, ces données incluent également la population souffrant du syndrome de Diogène, qui est une pathologie différente du TAC, incluant de la négligence de soi et touchant principalement les personnes âgées (Roy & Auger, 2005).

Différences hommes femmes

Concernant le ratio homme femme, peu de recherches spécifiques ont été conduites pour évaluer cette différence. L'APA (2013) rapporte que le taux serait plus élevé chez les hommes. Cependant, les études cliniques rapportent principalement une prévalence plus élevée de femmes allant de 70 % à 90 % selon les cas (Iervolino et al., 2009; Kim, Steketee, & Frost, 2001b; Steketee, Frost, & Kyrios, 2003). Cette différence serait expliquée par le fait que les femmes ont plus tendance à participer aux études que les hommes.

Génétique

Une récente étude d'Ivanov et ses collaborateurs (2013) affirme que la prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. De plus, les résultats obtenus par cette équipe soulignent que l'apport génétique semble plus important dans l'explication du développement du trouble pour les hommes. Pour les femmes, ce serait principalement les variables environnementales qui expliqueraient le développement du TAC. Une autre étude concernant l'héritabilité du TAC, conduite par Iervolino et ses collaborateurs (2009) expose que le facteur héréditaire représenterait environ 50 % de la variance chez des jumelles monozygotes et dizygotes. En raison du nombre insuffisant d'hommes dans leur échantillon, ces derniers n'ont pu analyser le pourcentage de variance accordé à l'héritabilité chez la population masculine.

Âge d'apparition

Relativement à la prise de conscience de la problématique par l'individu, celle-ci semble survenir plus tardivement que l'apparition des symptômes (Grisham, Frost, Steketee, Kim, & Hood, 2006). En effet, ceci est en accord avec le fait que les gens souffrant du TAC peuvent avoir un manque de compréhension quant à leur problématique et quant à l'irrationalité de leurs comportements (Frost, Steketee, & Williams, 2000). De plus, les symptômes de TAC semblent s'accroître au fil des années (APA, 2013). Concernant l'âge d'apparition du problème, une étude de Grisham et al. (2006) rapporte que l'adolescence semble être la période durant laquelle les symptômes de TAC se développent, soit vers l'âge de 12 à 15 ans,

mais que les symptômes sont décelés plus tardivement. D'autres études rapportent un âge semblable relativement à l'apparition de la problématique (APA, 2013; Fontenelle, Mendlowicz, Soares, & Versiani, 2004; Samuels et al., 2002; Seedat & Stein, 2002). Toutefois, certains auteurs rapportent que ces symptômes pourraient se présenter même un peu plus tôt, soit dès la petite enfance (Frost & Gross, 1993).

Conséquences sur le fonctionnement

Le TAC est une problématique très débilitante pour les gens qui en souffrent et est très lourde de conséquences sur les plans économique, familial et social (APA, 2013; Tolin, Frost, Steketee, & Fitch, 2008). Les AC sont également sujets à des risques d'incendies, de chute et de maladies chroniques (Tolin, Frost, & Steketee, 2007). Le TAC serait plus fréquent chez les gens sans emploi et souffrants de pauvreté (Samuels et al., 2008; Wheaton, Timpano, Lasalle-Ricci, & Murphy, 2008).

Concernant la qualité de vie, une étude comparant des AC et des gens souffrant d'un TOC sans accumulation rapporte que les AC se sentiraient moins en sécurité dans leur maison de même que dans leur voisinage. De plus, les AC étaient moins satisfaits relativement aux conditions dans lesquelles ils vivent, soit par rapport à leur appartement et leur quartier (Saxena et al., 2011).

Les AC auraient également un taux moins élevé de mariage et un taux plus élevé de difficultés familiales (Kim, Steketee, & Frost, 2001a; Muroff et al., 2009; Tolin, Frost, Steketee, & Fitch, 2008). Tolin et al. (2008), rapportent que les enfants vivant dans un environnement encombré ont un degré de détresse plus élevé, ont plus de difficultés à se faire des amis et présentent de la honte associée à leur

environnement. De plus, il est observé que plus un AC présente des symptômes sévères de TAC, plus il sera rejeté par sa famille.

Comorbidités

Des études soutiennent que les accumulateurs compulsifs ont plus de risque de souffrir de troubles de l'humeur tels que la dépression (Frost et al., 2003; Frost, Steketee, & Williams, 2000; Frost, Steketee, Williams, & Warren, 2000; Greenberg, 1987; Muroff et al., 2009; Samuels et al., 2002; Shafran & Tallis, 1996; Torres et al., 2012) et l'hypomanie (Samuels et al., 2002). On rapporte qu'approximativement 75 % des AC souffriraient également d'un trouble de l'humeur ou de troubles anxieux (APA, 2013).

Le TAC apparaît comme ayant des taux élevés de comorbidité avec l'anxiété sociale (Frost, Steketee, & Tolin, 2011) et le trouble d'anxiété généralisée (Frost, Steketee, & Williams, 2000; Frost, Steketee, Williams, et al., 2000; Samuels et al., 2002; Samuels et al., 2008; Steketee, Frost, Wincze, Greene, & Douglass, 2000). Le comportement d'accumulation a également été observé dans plusieurs troubles tels que l'anorexie nerveuse (Frankenburg, 1984; Frost et al., 2003), les désordres psychotiques (Frost et al., 2003), la schizophrénie (Chong, Tan, & Lee, 1996; Greenberg, Witztum, & Levy, 1990; Luchins, Goldman, Lieb, & Hanrahan, 1992), le trouble mental organique (Frost et al., 2003; Greenberg, 1987), les troubles de contrôle des impulsions (Frost & Steketee, 1998; Frost, Steketee, & Williams, 2002; Samuels et al., 2002) et la négligence de soi (Vostanis & Dean, 1992). Le TAC aurait aussi une comorbidité avec certains désordres d'habitudes incluant la

trichotillomanie, l'onychophagie et la dermatillomanie (Samuels et al., 2002). Les AC apparaissent également comme étant plus propices à souffrir d'un trouble de consommation d'alcool à un moment donné dans leur vie (Samuels et al., 2008; Wheaton et al., 2008).

Finalement, une autre étude soutient que la comorbidité serait différente selon le sexe de l'individu. En effet, les hommes souffrant d'un TAC auraient plus de chances de souffrir également d'anxiété généralisée et de tics tandis que les femmes auraient plus de chances de répondre aux critères de la phobie sociale, du trouble de stress post-traumatique (Torres et al., 2012), de la peur d'une dysmorphie corporelle, d'onychophagie et de dermatillomanie (Samuels et al., 2007).

Comorbidité troubles de personnalités

Le TAC serait aussi associé à des troubles de personnalité (Mataix-Cols, Rauch, Manzo, Jenike, & Baer, 1999; Samuels et al., 2002; Winsberg, Cassic, & Koran, 1999). Par exemple, on retrouve les troubles de personnalités du groupe B (Samuels et al., 2002) soit le trouble de personnalité histrionique et le trouble de personnalité narcissique, les troubles de personnalités du groupe C (APA, 2013; Frost et al., 2003; Mataix-Cols, Baer, Rauch, & Jenike, 2000; Seedat & Stein, 2002), soit le trouble de personnalité évitante, le trouble de personnalité dépendante et le trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive. Certaines études ont également souligné une comorbidité avec les troubles de personnalité du groupe A, soit le trouble de

personnalité paranoïde (Frost et al., 2003; Mataix-Cols et al., 2000) et le trouble de personnalité shizotypique (Frost, Steketee, Williams, et al., 2000).

Outils d'évaluation

Trois questionnaires et une entrevue semi-structurée ont été développés afin de mesurer les symptômes du TAC. Le premier questionnaire, soit le *Saving-Inventory Revised* (SIR) (Frost, Steketee, & Grisham, 2004), comprend 23 items cotés de 0 à 4. Ce questionnaire correspond aux principales caractéristiques de comportements d'accumulation, soit a) l'acquisition compulsive, b) la difficulté à se départir d'objets et c) l'encombrement de l'espace de vie. L'échelle globale a une bonne consistance interne de 0.92, un test-retest de 0.86 et discrimine de façon significative les individus souffrant de TOC, avec ou sans symptômes de TAC, aussi bien que ceux faisant partie de l'échantillon de la population normale.

L'Inventaire des Cognitions d'Économie (SCIR; (Steketee et al., 2003)) est un questionnaire de 24 items mesurant les croyances d'accumulation et les réactions émotionnelles. L'analyse factorielle de ce questionnaire mène à quatre dimensions : a) attachement émotionnel, b) préoccupation face à la mémoire, c) désir de contrôle et d) responsabilité face aux possessions. La consistance interne de chaque échelle est bonne ; .95 (attachement émotionnel), .89 (préoccupation face à la mémoire), .86 (désir de contrôle) et .90 (responsabilité).

Le *clutter image rating* (CIR; (Frost, Steketee, Tolin, & Renaud, 2008)) se veut un instrument mesurant la sévérité du TAC selon l'environnement de l'AC.

L'accumulateur doit encercler ce à quoi ressemble son environnement parmi trois

séries de neuf images. Chaque série d'images correspond à une pièce différente, soit le salon, la chambre à coucher et la cuisine. La consistance interne de l'instrument est bonne (α 0.84) et les intercorrélations entre les trois pièces du questionnaire sont élevées, allant de 0.56 à 0.71. Chaque pièce est cotée de façon individuelle et un score de 4 et plus correspond à des symptômes de TAC.

Finalement, l'entrevue semi-structurée, soit le *Hoarding Rating Scale (HRS)* (Tolin, Frost, & Steketee, 2010) consiste en cinq questions d'une durée de cinq à dix minutes. Cette entrevue permet de déterminer si la personne souffre de TAC ou non. L'instrument a une excellente consistance interne de (α 0.97) et une fidélité test-retest de 0.96.

Les tests psychométriques auto-rapportés sont très aidants pour déterminer si la personne souffre d'un TAC ou non. Toutefois, une évaluation à domicile ainsi qu'une évaluation psychiatrique complète sont recommandées afin de déceler quelles sont les comorbidités présentes et pour établir le diagnostic différentiel (Steketee & Frost, 2006a, 2006b).

Modèle théorique et étiologique selon Frost et Hartl (1996)

Jusqu'à ce jour, un seul modèle est prédominant dans l'explication du développement du TAC. Selon ce modèle de la thérapie cognitive-comportementale (TCC) (voir figure 1), le TAC résulterait d'un déficit primaire dans le processus d'informations et de la présence de fausses croyances concernant l'attachement aux objets, causant ainsi une détresse émotionnelle marquée et l'observation de

comportements d'évitement (Frost et al., 2010; Tolin, Frost, Steketee, Gray, & Fitch, 2008). D'autres facteurs importants à considérer dans le développement du TAC sont l'âge, l'hérédité, le fait d'avoir vécu un ou des événements traumatiques et le sexe (Frost & Hartl, 1996; Landau et al., 2011; Steketee & Frost, 2006a). Dans ce modèle (figure 1), le TAC est conceptualisé comme un problème multifactoriel. Les différents concepts sont : (1) déficit dans le processus d'information (2) problème d'attachement émotionnel (3) comportements d'évitement et renforcement négatif; et (4) croyances erronées à propos de la nature des objets. (Frost et al., 1996; Frost et al., 2003; Hartl & Frost, 1999; Saxena & Maidment, 2004).

Déficit dans le processus d'information

Le déficit dans le processus d'information inclut la prise de décision, la catégorisation/organisation et des difficultés dans les fonctions de la mémoire (Frost et al., 1996). Toutefois, on remarque que cela s'applique principalement aux objets personnels de l'AC et non aux objets en général (Wincze, Steketee, & Frost, 2007). De plus, des difficultés de mémoire, de perception et à faire des associations seraient présentes (Steketee & Frost, 2006a). Steketee et Frost (2006a) mentionnent que l'ensemble de ces déficits mènerait à des émotions difficiles de même qu'à des distorsions cognitives.

Déficit dans le processus émotionnel

L'attachement émotionnel aux objets implique que l'individu peut avoir l'impression que les objets sont des extensions de lui-même ou une partie de son identité (Veale, 2002). Se débarrasser d'objets est comme de perdre une partie de soi

ou une partie de sa vie. Ils deviennent une source de réconfort ou de sécurité et leur perte peut engendrer un sentiment de vulnérabilité (Frost & Hartl, 1996). Une récente étude a également établi que les AC avaient une tendance à faire de l'anthropomorphisme, soit de donner des attributs humains à des objets inanimés (Timpano & Shaw, 2013). Quand une tierce personne touche, bouge ou utilise leurs objets, les AC se sentent déçus ou peuvent perdre confiance en l'autre, comme s'ils avaient perdu le contrôle de leur environnement (Frost, Steketee, Krause, & Trepanier, 1995). Dans une approche plus empirique, certains chercheurs ont trouvé deux explications principales à l'attachement aux objets. La première est purement sentimentale, où les objets représentent une partie de soi et le fait de s'en débarrasser est comme de perdre un ami proche. La deuxième raison est reliée à l'aspect sécurisant des objets ou comme aide-mémoire des événements de vie (Frost & Gross, 1993; Rachman, 1983). Steketee et Frost (2006a) mentionnent à cet effet qu'il y a trois types d'AC, soit le type sentimental, instrumental ou esthétique. Ces trois types seraient plus largement partagés par l'ensemble des AC en général.

Acquisition et évitement

Un des comportements les plus importants et qui est relié à l'indécision, le perfectionnisme et l'attachement émotionnel envers les objets, est l'évitement. Tout d'abord, la prise de décisions apparaît comme étant difficile pour les AC (Frost & Shows, 1993), car ils ont peur de faire des erreurs (Frost & Gross, 1993). Une étude récente de Timpano et Schmidt (2013) rapporte aussi qu'il y aurait des déficits dans le contrôle de soi, exacerbant ainsi les comportements d'acquisition et d'économie.

Le contrôle de soi serait mesuré sur le plan comportemental et serait expliqué par des facteurs physiques, émotionnels et cognitifs.

Croyances erronées

Plusieurs croyances à propos des rôles et de la compréhension des objets ou des possessions semblent distinguer les AC des non-AC. Trois types de croyances ont été décrits dans le modèle TCC, soit les croyances à propos de la nécessité de maintenir le contrôle sur les possessions, se sentir responsable de ses possessions et le perfectionnisme (Frost, Hartl, Christian, & Williams, 1995). Par exemple, certaines études présentent le fait que les AC n'aiment pas que l'on touche leurs objets ou refusent que les autres touchent à ceux-ci. Concernant la responsabilité des possessions, on observe que les AC conservent beaucoup leurs objets dans un but instrumental (au cas où ils en auraient de besoin) (Frost & Gross, 1993) ou pour protéger leurs objets de dommages potentiels commis par une tierce personne (Frost, Hartl, et al., 1996). Finalement, les AC ont souvent l'idée qu'ils doivent conserver un objet afin de leur permettre de se rappeler d'éléments qu'ils considèrent comme importants. Frost et Hartl (1996) décrivent le cas d'une femme qui conservait les journaux afin de s'assurer qu'elle aurait la chance de le lire entièrement et qu'il lui serait possible de retrouver l'information contenue dans le journal en cas de besoin. Un sentiment d'échec pourrait être ressenti si la personne se débarrassait du journal en question sans l'avoir lu entièrement.

- Insérer figure 1 -

Protocole de traitement TCC

Le traitement inclut un guide du thérapeute et un guide adressé au client (Steketee & Frost, 2006a, 2006b) qui contient les étapes suivantes; 1) la psychoéducation pour démystifier le TAC, 2) l'amélioration du processus de décision et d'organisation, 3) l'exposition avec prévention de la réponse (ERP), 4) la restructuration cognitive (RC) et 5) la prévention de la rechute (Frost, Steketee, & Greene, 2003; Muroff, Bratnietis, & Steketee, 2011).

Les composantes de la thérapie TCC impliquent des visites à domicile et des séances de psychothérapie (approximativement 26 comparativement à 15 pour les autres types de TOC). Les séances sont d'une durée approximative de 75 à 90 minutes (Ayers, Bratnietis, Saxena, & Wetherell, 2012).

1) La psychoéducation permet d'abord de comprendre ce qu'est le TAC. Les facteurs de vulnérabilité, les croyances sur les objets ainsi que le renforcement négatif et positif sont présentés au client à l'aide d'une présentation imagée du modèle.

2) Concernant l'amélioration du processus de décisions et d'organisation, des techniques sont enseignées par le thérapeute afin d'aider le participant à catégoriser les objets et à prendre des décisions concernant ceux-ci. Par exemple, le thérapeute va préparer une liste de questions à se poser avec le participant qui aidera ce dernier à prendre position lorsqu'il se trouve dans une situation à risque. Le thérapeute va également à domicile afin d'aider le client à faire une classification de ses objets. De

plus, l'entrevue motivationnelle est de plus en plus utilisée afin d'aider le client à voir l'ampleur des conséquences du TAC dans sa vie.

3 et 4) Une fois la catégorisation faite, l'individu doit se débarrasser d'un objet et tolérer l'anxiété provoquée, ce qui est le principe d'ERP. Le thérapeute aide ensuite le participant à restructurer ses pensées erronées par l'utilisation de certaines techniques comme le questionnement socratique, la flèche descendante et la confrontation. Le but est également d'amener l'individu à avoir un raisonnement plus réaliste concernant ses pensées catastrophiques. Par exemple, un AC peut conserver un pot cassé de peur de ne jamais retrouver le même. Le thérapeute l'aidera à réaliser qu'il n'a jamais utilisé ce pot, qu'il est cassé et que, s'il a besoin d'un pot, il peut le trouver au magasin.

5) Finalement, la prévention de la rechute consiste à établir un plan d'action afin que la personne maintienne ses acquis. De ce fait, il est important d'identifier le type de situations à risque et de planifier des étapes permettant de faire face à ces difficultés potentielles.

Efficacité des thérapies conventionnelles

Traitement médical

Une étude de Black et al. (1998) utilisant trois modalités de traitement, soit la paroxétine, la TCC et le placebo auprès de 38 clients TOC dont 17 avaient des symptômes de TAC, ont rapporté un taux d'efficacité de 18 % chez les accumulateurs comparativement à 67 % chez les sujets TOC. Toutes les études subséquentes rapportent des résultats similaires, ceci soulignant le faible taux d'efficacité de la

médication auprès des AC (Cullen et al., 2007; Mataix-Cols et al., 1999; Salomoni et al., 2009; Stein, Andersen, & Overo, 2007; Stein et al., 2008; Winsberg et al., 1999). Toutefois, une étude publiée en 2007 obtient des résultats différents avec la prise de médication en ce sens que les AC ont une amélioration significative sur les mesures de dépression, d'anxiété et d'accumulation tout comme le groupe de clients ayant un TOC sans accumulation (Saxena, Brody, Maidment, & Baxter, 2007). Les clients des deux groupes ont seulement reçu un protocole de traitement avec inhibiteur de recapture de sérotonine (ISRS) et n'ont participé à aucune psychothérapie entre temps. Des mesures post-traitement ont été prises au bout de 12 semaines.

Essais cliniques randomisés

Un devis randomisé a été employé par Steketee et ses collaborateurs (2010) dans lequel 46 clients ont été assignés aléatoirement à une condition TCC (Steketee & Frost, 2006a) et une liste d'attente contrôle. Le groupe ayant bénéficié de la TCC s'est amélioré de 68 % selon les échelles cliniques des thérapeutes. Toutefois, les auteurs soutiennent que le refus et l'observance au traitement demeurent des enjeux de taille dans le traitement du TAC. En effet, 48 % de l'échantillon admissible n'a pas participé à l'étude en raison d'un refus du traitement TCC ou d'un refus total de participer à l'une ou l'autre des deux conditions. Comme mentionné par Muroff et ses collaborateurs (2011), ceci représente un taux d'abandon anormalement élevé reflétant les difficultés souvent observées avec cette clientèle. Finalement, le temps de traitement prévu à la base, soit de 26 semaines, a été prolongé à une moyenne de 49

semaines. On parle ainsi d'un traitement ayant une durée d'environ 1 an, ce qui est beaucoup plus long que la majorité des traitements pour les autres troubles de l'axe I.

Essais cliniques non randomisés

Relativement aux essais cliniques, la TCC a été employée auprès de 14 clients non médicamenteux suivant le modèle de Frost et Hartl (1996) (Tolin et al., 2007). De ce nombre, 10 participants ont complété le traitement. Il y a donc eu un taux d'abandon de 29 %, ce qui est considérable, comparativement aux études cliniques pour les troubles anxieux. Les résultats indiquent que 40 % ($n=4$) de l'échantillon se voyait attribuer le rang d'amélioration notable ou de très bonne amélioration en cours de traitement et ce nombre passait à 50 % ($n=5$) au post-traitement. Le but premier de cette étude était de fournir des résultats d'efficacité préliminaires pour le traitement du TAC. De ce fait, le protocole de traitement n'était pas standardisé pour tous les clients et quelques clients ont reçu des séances supplémentaires de traitement à domicile, ce qui peut influencer considérablement les résultats. De plus, la petite taille d'échantillon ne permet pas de généraliser les résultats obtenus auprès des AC.

Une autre équipe base son traitement sur une approche multimodale incluant les éléments du modèle de Frost et Hartl (1996) et incluant de nouvelles composantes telles que la médication (ISRS), la présence de la famille et des activités quotidiennes (Saxena et al., 2002). Toutefois, il est important de souligner que ces clients étaient hospitalisés et que la thérapie avait lieu quotidiennement et durant plusieurs heures. L'équipe a recruté un échantillon de 190 personnes souffrant de TOC, dont 20 avec des symptômes de TAC. Les résultats montrent une réduction moyenne de 35 % des

symptômes observés. Encore une fois, la petite taille d'échantillon représente une limite importante dans cette étude. De plus, le choix de l'instrument de mesure pour quantifier l'amélioration des symptômes, soit l'échelle d'obsessions et compulsions de Yale-Brown (Y-BOCS; (Goodman et al., 1989)) est discutable, puisque cet instrument contient une seule question mesurant les obsessions et les compulsions des AC.

Thérapie de groupe

Plus récemment, trois études ont regardé la possibilité d'offrir le traitement pour le TAC sous un format de groupe (Gilliam et al., 2011; Muroff et al., 2009; Steketee et al., 2000). La première étude pilote (Steketee et al., 2000) consistait à offrir un traitement de groupe basé sur le modèle de Frost et Hartl (1996) à six participants. Le protocole thérapeutique consistait en 15 séances de groupe et cinq séances en format individuel. Les résultats indiquent des changements significatifs pour cinq participants sur sept. Trois des quatre participants qui ont continué en thérapie individuelle durant un an montrent une diminution significative des symptômes du TAC. Encore une fois, l'outil pour mesurer les progrès était le Y-BOCS, ce qui limite les résultats de l'étude.

La seconde étude (Muroff et al., 2009), qui est une étude avec groupe de comparaison, consiste en un échantillon de 32 individus ayant participé à 16 séances de groupe. Les participants ont été divisés en cinq groupes distincts ayant reçu le même protocole sauf pour le dernier groupe. Le cinquième groupe a reçu un traitement de 20 séances plutôt que 16 et le thérapeute a utilisé un protocole TCC

manualisé et adapté pour le traitement en groupe. Les résultats suggèrent une réduction significative à la moyenne du SIR allant de 8.6 pour les 4 premiers groupes à 14,25 pour le groupe ayant reçu le protocole écrit et adapté. Muroff et al. (2009) ont comparé ces résultats aux traitements individuels qui montrent généralement une réduction moyenne de 18,7 au SIR.

Une autre équipe a utilisé le même protocole en omettant les rencontres à domicile (Gilliam et al., 2011). En effet, le déplacement à domicile est coûteux et peut s'avérer complexe. Sur 45 participants ayant été inclus dans l'étude, 30 ont complété le programme de 16 à 20 séances de thérapie. Les participants ont présenté une amélioration significative sur les mesures d'accumulation, de dépression, d'anxiété et de qualité de vie (Gilliam et al., 2011). Encore une fois, une limite importante est le nombre de participants qui a abandonné le traitement, soit 33 %.

En conclusion, plusieurs études ont traité le TAC de la même façon dont ils ont traité les autres TOC de leurs échantillons (Abramowitz, Franklin, Schwartz, & Furr, 2003; Mataix-Cols, Marks, Greist, Kobak, & Baer, 2002; Rufer, Fricke, Moritz, Kloss, & Hand, 2006). Ces études présentent des résultats similaires; soit que plusieurs AC ont abandonné le traitement prématurément et la TCC avec ERP n'a pas donné de résultats concluants. En effet, on remarque un grand niveau d'attrition de même qu'une présence accrue de comportements venant interférer avec la thérapie comme la non complétion des devoirs ou les absences non motivées minant ainsi le pronostic des individus (Pertusa et al., 2010).

De plus, la TCC telle qu'employée avec les autres sous-types de TOC a montré une efficacité limitée pour traiter une clientèle adulte souffrant de TAC (Steketee & Frost, 2003). Parallèlement, on observe des taux d'efficacité similaires avec la médication. Du côté des traitements psychologiques spécifiques au TAC, la majorité se base principalement sur le modèle TCC développé par Frost et Hartl (1996). Une étude de Muroff et al. (2011) a recensé toutes les études de traitements pour le TAC et souligne plusieurs limites inhérentes à la thérapie actuelle. De plus, la majorité des études recensées pour le traitement spécifique du TAC sont des essais cliniques et une seule est un devis randomisé. Concernant les études utilisant la médication, seuls les médicaments de type ISRS ont été employés.

Afin de pallier à ces lacunes, d'autres approches commencent à être employées. Par exemple, plusieurs auteurs ont commencé à ajouter des séances d'entrevue motivationnelle et le traitement est maintenant offert dans un format de groupe. D'ailleurs, il semble que la thérapie de groupe apporte des avantages intéressants, dont une réduction notable des coûts en psychothérapie. Il offre également la chance de briser l'isolement et offre des chances de socialiser (Frost et al., 2003). Toutefois, les deux modalités, soit individuelle et en groupe semblent intéressantes, mais présentent certaines lacunes. De plus, étude ne confirme quelle modalité doit être privilégiée.

Modèle étiologique et théorique TBI pour le TAC

En raison des lacunes observées en TCC, un modèle alternatif a été développé pour décrire le TAC (O'Connor, St-Pierre-Delorme, & Koszegi, 2013) (voir figure 2).

Ce modèle se base principalement sur les études cliniques effectuées par O'Connor et ses collègues (2013) sur la thérapie basée sur les inférences (TBI). Il a été développé suite aux observations cliniques, à l'analyse des réponses recueillies à l'aide des questionnaires mesurant le TAC de même qu'en se basant sur les écrits scientifiques.

D'abord, les AC présenteraient certains facteurs de vulnérabilité tout comme dans le modèle TCC. Ces facteurs seraient présents depuis la petite enfance ou précédant le développement des symptômes de TAC. Ceux-ci peuvent être nombreux, mais les plus communs sont les expériences d'attachement, le perfectionnisme, le type de personnalité et les croyances familiales. Il est également important d'ajouter que, comme dans la majorité des troubles anxieux, une prédisposition biologique et héréditaire peut être présente.

Le concept de soi est très important dans le modèle TBI. On remarque normalement que les gens souffrant d'un trouble de santé mentale se définissent beaucoup par leur maladie. Par exemple, si l'on demande à quelqu'un de se décrire, il n'est pas rare d'entendre des affirmations du type « je suis bipolaire », « je suis anorexique », ou « je suis un amasseur compulsif ». Le concept d'identité chez les AC est généralement peu défini ou semble abstrait. Les AC vont également se définir par leurs possessions plutôt que par des attributs internes. Leurs besoins relationnels sont souvent comblés par les objets qu'ils considèrent comme une extension d'eux-mêmes, un objet sécurisant ou un lien émotionnel.

Le fait de nier leur vrai soi peut amener les AC à raisonner de façon différente, c'est-à-dire qu'ils tendent à positionner leur raisonnement à partir de

suppositions imaginées ou de possibilités éloignées plutôt que sur des faits actuels ou des évidences réelles. Ainsi, ils ne se font pas confiance relativement aux situations TAC et se remettent constamment en doute. Ce processus, qu'on appelle confusion inférentielle, est également observé chez les gens souffrant de TOC. Il amène l'individu à être dans un monde d'illusions plutôt que dans la réalité. Par exemple, un individu ayant un TOC de vérification ne se fiera aucunement à ses sens et perceptions, il continuera de douter de lui-même et effectuera ses rituels de vérification jusqu'à ce qu'il soit apaisé. Il est important de préciser que ce processus peut être expérimenté par la majorité des gens, à divers degrés, et ce sans avoir un TOC ou un TAC. Il est à noter que les scénarios imaginés sont très envahissants et sont vécus comme réels, ce qui peut générer de la détresse chez l'individu. Cela implique également que dans la confusion, l'individu est peu enclin à détecter ses erreurs et peut être convaincu d'avoir raison. Ainsi s'en suivra un sens altéré de la réalité ou une dissociation dans les situations de vulnérabilités de l'individu, soit avec ses objets. En conservant ses objets et en écoutant ses suppositions du monde imaginaire, l'individu a l'impression d'agir en fonction de son vrai « SOI » et se sent moins menacé. Toutefois, il travaille à l'encontre de qui il est vraiment et ses émotions vont renforcer l'acte de conserver et/ou d'acquérir des objets, menant ainsi au maintien des comportements TAC (O'Connor, St-Pierre-Delorme & Koszegi, 2013).

Différences entre le modèle TCC et le modèle TBI

Une différence fondamentale entre les deux modèles concerne la présence de déficits chez l'individu. Bien qu'il soit possible d'observer que certains AC ont des difficultés à prendre des décisions concernant leurs objets, cette difficulté ne semble pas généralisée. En effet, l'équipe d' O'Connor (2013) a observé que les AC sont souvent fonctionnels dans leur lieu de travail et sont capables de prendre des décisions dans leur quotidien lorsque cette tâche ne réfère pas à leurs objets, d'où l'idée de ne pas inclure cette présence de déficit comme un facteur prédisposant. Selon O'Connor et ses collaborateurs (2013), ce serait plutôt la présence de confusion inférentielle (O'Connor et Aardema, 2011) qui causerait les symptômes d'accumulation puisque l'AC éprouverait de la difficulté à déterminer la réelle utilité de l'objet dans l'ici et maintenant.

Le modèle TCC met également l'accent sur les croyances à propos des objets qui créerait un attachement aux objets. Ces croyances causeraient ainsi diverses émotions, soit positives ou négatives, créant ainsi un cycle de renforcement des symptômes d'encombrement, d'acquisition et d'évitement. Dans le modèle TBI, ce serait principalement la faible identité de soi qui amènerait la confusion inférentielle, ce qui viendrait altérer le sens de la réalité concernant les situations d'accumulation (O'Connor, St-Pierre-Delorme & Koszegi, 2013).

Étapes de traitement de la TBI

Le traitement est d'une durée de 20 semaines, précédées de quatre rencontres d'évaluation, pour un total de 24 semaines. Le traitement est divisé en 10 étapes

distinctes soit : 1) établir la distinction entre le doute normal et le doute obsessionnel; 2) comprendre la logique du TAC; 3) comprendre que le doute TAC n'est pas ancré dans la réalité; 4) établir le narratif TAC; 5) traverser la frontière entre l'imaginaire et la réalité; 6 et 7) identifier les processus de raisonnement dans le TAC; 8) comprendre la nature sélective du doute obsessionnel; 9) identifier le thème de vulnérabilité et 10) ressentir la réalité et tolérer le vide.

Le doute obsessionnel peut se présenter comme suit chez un AC : « Peut-être aurais-je besoin de cet objet dans le futur. » Le doute est généralement accompagné d'une crainte de conséquences associée à ce doute. Par exemple, la personne qui conserve un objet au cas où elle pourrait avoir à l'utiliser pourrait se dire, « si je m'en débarrasse, je risque d'en avoir besoin et je n'en ai pas un autre identique. » La conséquence anticipée serait le fait que l'individu aurait peur de se débarrasser de l'objet par crainte de ne jamais retrouver un exemplaire identique. Ce sont souvent les craintes de ces conséquences anticipées qui maintiennent le doute et qui poussent l'AC à conserver ses objets.

La personne développe également un narratif qui maintient ses doutes obsessionnels, renforçant ainsi la séquence du TAC. Ce narratif est majoritairement basé sur des éléments imaginaires, c'est-à-dire qu'ils ne tiennent pas compte de la réalité, comme mentionné précédemment. Une analyse préliminaire des narratifs des participants souffrant de TAC indique que les erreurs de raisonnement communes chez les AC sont : l'intolérance à l'incertitude, la sur-responsabilisation, les événements qui semblent être comparables et les possibilités imaginées (O'Connor,

Koszegi, Goulet & Aardema, 2013). Par exemple, un individu qui conserve des livres peut se dire que les livres représentent la culture, qu'il est important d'être cultivé et que de donner ses livres impliquerait nécessairement un désintéressement à cultiver son esprit. Toutefois, lorsque l'on questionne ce même individu à savoir comment celui-ci développe sa culture, il répond qu'il écoute des reportages à la télévision, va à des spectacles et fait des recherches sur internet. On est donc en mesure d'observer que son narratif TAC ne tient pas compte de sa réalité puisque cette personne se cultive autrement que par la lecture. L'objectif est donc d'amener l'individu à modifier son narratif TAC afin que celui-ci soit adapté à sa réalité. En le modifiant, l'individu sera plus enclin à modifier ses comportements et développera un jugement tenant compte de cette réalité.

De plus, en identifiant ses thèmes de vulnérabilité, l'individu comprend ce qui le pousse à accumuler et à avoir un raisonnement sélectif lorsqu'il s'agit de ses doutes TAC. Par exemple, un thème fréquent chez les AC est l'attachement. En comprenant que l'attachement représente une difficulté pour soi et que l'accumulation d'objets peut tenter de pallier à ces difficultés, l'AC travaillera avec le thérapeute à établir son soi réel, c'est-à-dire qui il est réellement en dehors de ses symptômes TAC. Finalement, on invite la personne à utiliser son jugement dans l'ici et maintenant afin d'identifier le besoin réel de conserver ou d'acquérir un objet.

Efficacité de la TBI

Un essai clinique effectué auprès de 92 individus est présentement en cours à notre laboratoire afin de valider la TBI. Les résultats préliminaires indiquent que la

TBI est efficace pour tous les sous-types de TOC et qu'aucune différence statistique n'existe entre les différents sous-types incluant le TAC (O'Connor, 2012).

Une étude de cas a été réalisée en utilisant le modèle thérapeutique de la TBI (St-Pierre-Delorme, Lalonde, Perreault, Koszegi, & O'Connor, 2011). L'étude présentait le traitement d'une dame de 39 ans souffrant d'un TAC depuis plusieurs années. Cette dernière a suivi un traitement individuel de 24 semaines et ses symptômes d'accumulation ont diminué de façon cliniquement significative. L'étude rapporte une diminution clinique de 35 % pour les symptômes observés au YBOCS, à l'inventaire d'anxiété de Beck (BAI; (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988)), à l'inventaire de dépression de Beck (BDI; (Beck, Steer, & Brown, 1996)) et au SIR. Une limite importante de cette étude est l'impossibilité de généralisation des résultats puisqu'il s'agit d'un cas unique. Toutefois, les résultats semblent prometteurs et il nous est possible de croire que les gens souffrant d'un TAC peuvent être traités à l'aide de la TBI.

Conclusion

Les études sur le TAC datent majoritairement des 25 dernières années. Il est important de souligner que peu d'études francophones existent et qu'il s'agit là d'une lacune importante. L'objectif premier de cet article était de présenter un portrait clinique du TAC, d'énoncer les modèles explicatifs du développement de la problématique et de décrire les traitements psychologiques actuels. De ce fait, de récentes évidences montrent que la TCC peut être efficace dans le traitement du TAC, mais que plusieurs lacunes persistent. On est en mesure de constater que les taux

d'abandon sont élevés, que l'adhérence au traitement est discutable et que le degré de motivation peut influencer le cours du traitement pour les participants.

Plusieurs tentatives ont été faites afin d'améliorer le traitement psychologique tel que d'ajouter des séances d'entrevue motivationnelle, faire un format de thérapie en groupe et augmenter le nombre de séances. Malgré ces ajouts, l'efficacité demeure limitée, ce qui pourrait constituer une indication pour une amélioration du modèle étiologique cognitivo-comportemental. À cet effet, il semblerait que de prendre en compte les aspects égosyntoniques des pensées et les idées surévaluées pourraient améliorer les résultats thérapeutiques. Afin d'avoir une compréhension intégrée du TAC incluant ces facettes, O'Connor et ses collègues ont développé un modèle pouvant soutenir les aspects du TAC qui n'ont pas été abordés antérieurement.

De nouvelles directions sont à considérer dans le traitement du TAC, comme de plus amples études sur les différences hommes-femmes et l'emploi d'une meilleure méthodologie. Le travail avec les policiers et les services sociaux est également à préconiser puisque cela pourrait permettre un meilleur traitement, une meilleure prise en charge et une détection des cas plus précoces.

Références

- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., S, Schwartz, S. A., & Furr, J. M. (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 1049-1057.
- American, Psychiatric, & Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.): Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American, Psychiatric, & Association. (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd., texte rév.). Paris: Masson.
- Ayers, C. R., Bratiotis, C., Saxena, S., & Wetherell, J. L. (2012). Therapist and patient perspectives on cognitive-behavioral therapy for older adults with hoarding disorder: a collective case study. *Aging Mental Health, 16*(7), 915-921. doi: 10.1080/13607863.2012.678480
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety : psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Black, D. W., Monahan, P., Gable, J., Blum, N., Clancy, G., & Baker, P. (1998). Hoarding and treatment response in 38 nondepressed subjects with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*(8), 420-425.

- Blom, R. M., Samuels, J. F., Grados, M. A., Chen, Y., Bienvenu, O. J., Riddle, M. A., Liang, K. Y., Brandt, J., & Nestadt, G. (2011). Cognitive functioning in compulsive hoarding. *Journal of Anxiety Disorder*, 25(8), 1139-1144. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.08.005
- Chong, S. F., Tan, C. H., & Lee, H. S. (1996). Hoarding and clozapine-risperidone combination. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41(5), 315-316.
- Cullen, B., Brown, C. H., Riddle, M. A., Grados, M., Bienvenu, O. J., Hoehn-Saric, R., Shugart, Y. Y., Liang, K. Y., Samuels, J., & Nestadt, G. (2007). Factor analysis of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale in a family study of obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 24(2), 130-138. doi: 10.1002/da.20204
- Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V., Soares, I. D., & Versiani, M. (2004). Patients with obsessive-compulsive disorder and hoarding symptoms: a distinctive clinical subtype? *Comprehensive Psychiatry*, 45(5), 375-383. doi: 10.1016/j.comppsy.2004.03.005
- Frankenburg, F. (1984). Hoarding in anorexia nervosa. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 57-60.
- Frost, R., & Shows, D. (1993). The nature and measurement of compulsive indecisiveness. *Behavior Research and Therapy*, 31(7), 683-692.
- Frost, R. O., & Gross, R. C. (1993). The hoarding of possessions. *Behavior Research and Therapy*, 31(4), 367-381.

- Frost, R. O., & Hartl, T. L. (1996). A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behavior Research and Therapy*, 34(4), 341-350.
- Frost, R. O., Hartl, T. L., Christian, R., & Williams, N. (1995). The value of possessions in compulsive hoarding: patterns of use and attachment. *Behavior Research and Therapy*, 33(8), 897-902.
- Frost, R. O., Krause, M. S., & Steketee, G. (1996). Hoarding and obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Modification*, 20(1), 116-132.
- Frost, R. O., & Steketee, G. (1998). *Hoarding: Clinical aspects and treatment strategies*. In L. B. M. A. Jenike, & W. E. Minichiello (Ed.), *Obsessive-compulsive disorder: Practical management* (3rd ed., pp. 553-554). St. Louis, MO: Mosby Yearbook Medical.
- Frost, R. O., Steketee, G., & Greene, K. A. I. (2003). Cognitive and Behavioral Treatment of Compulsive Hoarding. *Brief treatment and crisis intervention*, 3, 323-337.
- Frost, R. O., Steketee, G., & Grisham, J. (2004). Measurement of compulsive hoarding: saving inventory-revised. *Behaviour Research and Therapy*, 42(10), 1163-1182.doi: 10.1016/j.brat.2003.07.006
- Frost, R. O., Steketee, G., Krause, M. S., & Trepanier, K. L. (1995). The relationship of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS) to other measures of obsessive compulsive symptoms in a nonclinical population. *Journal of Personality Assessment*, 65(1), 158-168.

- Frost, R. O., Steketee, G., & Tolin, D. F. (2011). Comorbidity in hoarding disorder. *Depression and Anxiety, 28*(10), 876-884. doi: 10.1002/da.20861
- Frost, R. O., Steketee, G., & Tolin, D. F., & Renaud, S. (2008). Development and validation of the clutter image rating. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment, 30*, 1193-203. doi: 10.1007/s10862-007-9068-7
- Frost, R. O., Steketee, G., & Williams, L. (2000). Hoarding: a community health problem. *Health Society Care Community, 8*(4), 229-234.
- Frost, R. O., Steketee, G., & Williams, L. (2002). Compulsive buying, compulsive hoarding, and obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy, 33*, 201-214.
- Frost, R. O., Steketee, G., Williams, L. F., & Warren, R. (2000). Mood, personality disorder symptoms and disability in obsessive compulsive hoarders: a comparison with clinical and nonclinical controls. *Behavior Research and Therapy, 38*(11), 1071-1081.
- Frost, R. O., Tolin, D. F., & Maltby, N. (2010). Insight-Related Challenges in the Treatment of Hoarding. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*(4), 404-413. doi:10.1016/j.cbpra.2009.07.004
- Gilliam, C. M., Norberg, M. M., Villavicencio, A., Morrison, S., Hannan, S. E., & Tolin, D. F. (2011). Group cognitive-behavioral therapy for hoarding disorder: An open trial. *Behaviour Research and Therapy, 49*(11), 802-807. doi: 10.1016/j.brat.2011.08.008

- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1012-1016.
- Greenberg, D. (1987). Compulsive hoarding. *American Journal of Psychotherapy*, 41(3), 409-416.
- Greenberg, D., Witztum, E. F., & Levy, A. (1990). Hoarding as a psychiatric symptom. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51(10), 417-421.
- Grisham, J. R., Frost, R. O., Steketee, G., Kim, H. J., & Hood, S. (2006). Age of onset of compulsive hoarding. *Journal of Anxiety Disorder*, 20(5), 675-686.
- Grisham, J. R., & Norberg, M. M. (2010). Compulsive hoarding: current controversies and new directions. *Dialogues in Clinical Neurosciences*, 12(2), 233-240.
- Hartl, T. L., & Frost, R. O. (1999). Cognitive-behavioral treatment of compulsive hoarding: A multiple baseline experimental case study. *Behavior Research Therapy*, 37(5), 451-461.
- Iervolino, A. C., Perroud, N., Fullana, M. A., Guipponi, M., Cherkas, L., Collier, D. A., & Mataix-Cols, D. (2009). Prevalence and heritability of compulsive hoarding: A twin study. *American Journal of Psychiatry*, 166(10), 1156-1161. doi: appi.ajp.2009.08121789 [pii]10.1176/appi.ajp.2009.08121789
- Ivanov, V. Z., Mataix-Cols, D., Serlachius, E., Lichtenstein, P., Anckarsater, H., Chang, Z., Hellner Gumpert, C., Lundstrom, S., Langstrom, N., & Ruck, C. (2013). Prevalence, comorbidity and heritability of hoarding symptoms in

- adolescence: A population based twin study in 15-year olds. *PLOS One*, 8(7), e69140. doi: 10.1371/journal.pone.0069140
- Kim, H. J., Steketee, G., & Frost, R. O. (2001). Hoarding by elderly people. *Health Social Work*, 26(3), 176-184.
- Landau, D., Iervolino, A. C., Pertusa, A., Santo, S., Singh, S., & Mataix-Cols, D. (2011). Stressful life events and material deprivation in hoarding disorder. *Journal of Anxiety Disorder*, 25(2), 192-202. doi: S0887-6185(10)00184-2 [pii] 10.1016/j.janxdis.2010.09.002
- Lasalle-Ricci, V. H., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Crawley, S. A., Ronquillo, J. G., & Murphy, D. L. (2006). The hoarding dimension of OCD: psychological comorbidity and the five-factor personality model. *Behavior Research and Therapy*, 44(10), 1503-1512. doi: 10.1016/j.brat.2005.11.009
- Luchins, D. J., Goldman, M. B., Lieb, M., & Hanrahan, P. (1992). Repetitive behaviors in chronically institutionalized schizophrenic patients. *Schizophrenia Research*, 8(2), 119-123.
- Mataix-Cols, D., Baer, L., Rauch, S. L., & Jenike, M. A. (2000). Relation of factor-analyzed symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder to personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(3), 199-202.
- Mataix-Cols, D., Marks, I., Greist, J. H., Kobak, K., & Baer, L. (2002). Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: results from a controlled trial. *Psychotherapy Psychosomatic*, 71(5), 255-262.

- Mataix-Cols, D., & Pertusa, A. (2012). Annual research review: hoarding disorder: potential benefits and pitfalls of a new mental disorder. *Journal of Child Psychological Psychiatry*, 53(5), 608-618. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02464.x
- Mataix-Cols, D., Rauch, S. L., Manzo, P. A., Jenike, M. A., & Baer, L. (1999). Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156(9), 1409-1416.
- Muroff, J., Bratnott, C., & Steketee, G. (2011). Treatment for hoarding behaviors: A review of the evidence. *Clinical Social Work Journal*, 39(4), 406-423. doi: 10.1007/s10615-010-0311-4
- Muroff, J., Steketee, G., Rasmussen, J., Gibson, A., Bratnott, C., & Sorrentino, C. (2009). Group cognitive and behavioral treatment for compulsive hoarding: a preliminary trial. *Depression and Anxiety*, 26(7), 634-640.
- O'Connor, K. (2012). Cognitive therapies for obsessive-compulsive disorders. In book of abstracts. *32nd Annual Conference ADAA: Integrating Mind-Body Connections: Advancing Science, Informing Practice for Anxiety and Related Disorders*, Virginia, USA.
- O'Connor, K., & Aardema, F. (2011). *Clinician's handbook for obsessive compulsive disorder: Inference-based therapy*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

- O'Connor, K., Koszegi, N., Goulet, G., & Aardema, F. (2013). Distrust of the senses, imagined possibilities, reasoning errors and doubt generation in obsessional-compulsive disorder. *Clinical Neuropsychiatry*, 10(3, suppo 1), 65-71.
- O'Connor, K., St-Pierre-Delorme, M.-E., & Koszegi, N. (2013). *Entre monts et merveilles: Comment reconnaître et surmonter l'accumulation compulsive*. Québec: Les Éditions Multimondes.
- Pertusa, A., Frost, R. O., Fullana, M. A., Samuels, J., Steketee, G., Tolin, D., Saxena, S., Leckman, J. F., & Mataix-Cols, D. (2010). Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 371-386.
- Rachman, S. (1983). The modification of agoraphobic avoidance behaviour: Some fresh possibilities. *Behavior Research Therapy*, 21, 567-574.
- Roy, R., & Auger, P. (2005). *Insalubrité morbide, syndrome de Diogène et santé publique (É. s. e. environnement, Trans.)*. Québec: Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale.
- Rufer, M., Fricke, S., Moritz, S., Kloss, M., & Hand, I. (2006). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: Prediction of cognitive-behavior therapy outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 440-446.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey

Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53-63. doi: mp200894

[pii]10.1038/mp.2008.94

Salomoni, G., Grassi, M., Mosini, P., Riva, P., Cavedini, P., & Bellodi, L. (2009).

Artificial neural network model for the prediction of obsessive-compulsive disorder treatment response. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 343-349. doi: 10.1097/JCP.0b013e3181aba68f.

Samuels, J., Bienvenu, O. J., 3rd, Riddle, M. A., Cullen, B. A., Grados, M. A., Liang,

K. Y., Hoehn-Saric, R., & Nestadt, G. (2002). Hoarding in obsessive compulsive disorder: results from a case-control study. *Behavior Research and Therapy*, 40(5), 517-528.

Samuels, J. F., Bienvenu, O.J. 3rd, Pinto, A., Fyer, A. J., Mccracken, J. T., Rauch, S.

L., Murphy, D. L., Grados, M. A., Greenberg, B. D., Knowles, J. A., Piacentini, J., Cannistraro, P. A., Cullen, B., Rasmussen, S. A., Pauls, D. L., Willour, D. L., Shugart, Y. Y., Liang, K. Y., Hoehn-Saroc, R., & Nestadt, G. (2007). Hoarding in obsessive-compulsive disorder: Results from the OCD Collaborative Genetics Study. *Behaviour Research and Therapy*, 45(4), 673-686.

Samuels, J. F., Bienvenu, O. J., Grados, M. A., Cullen, B., Riddle, M. A., Liang, K.

Y., Eaton, W. W., & Nestadt, G. (2008). Prevalence and correlates of hoarding behavior in a community-based sample. *Behavior Research and Therapy*, 46(7), 836-844.

- Saxena, S., Ayers, C. R., Maidment, K. M., Vapnik, T., Wetherell, J. L., & Bystritsky, A. (2011). Quality of life and functional impairment in compulsive hoarding. *Journal of Psychiatric Research*, 45(4), 475-480. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.08.007
- Saxena, S., Brody, A. L., Maidment, K. M., & Baxter, L. R., jr. (2007). Paroxetine treatment of compulsive hoarding. *Journal of Psychiatric Research*, 41, 481-487. doi: 10.1016/j.jpsychires.2006.05.001.
- Saxena, S., & Maidment, K. M. (2004). Treatment of compulsive hoarding. *Journal of Clinical Psychology*, 60(11), 1143-1154. doi: 10.1002/jclp.20079
- Saxena, S., Maidment, K. M., Vapnik, T., Golden, G., Rishwain, T., Rosen, R. M., Tarlow, G., & Bystritsky, A. (2002). Obsessive-compulsive hoarding: Symptom severity and response to multi-modal treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 21-27.
- Seedat, S., & Stein, D. J. (2002). Hoarding in obsessive-compulsive disorder and related disorders: A preliminary report of 15 cases. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56(1), 17-23. doi: 926 [pii]10.1046/j.1440-1819.2002.00926.x
- Shafran, R., & Tallis, F. (1996). Obsessive-compulsive hoarding: A cognitive-behavioral approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24, 209-221.
- St-Pierre-Delorme, M.-E., Lalonde, M. P., Perreault, V., Koszegi, N., & O'connor, K. (2011). Inference-based therapy for compulsive hoarding: A clinical case study. *Clinical Case Studies*, 10(4), 291-303. doi:10.1177/1534650111411293

- Stein, D. J., Andersen, E., & Overo, K. F. (2007). Response of symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder to treatment with citalopram or placebo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29, 303-307.
- Stein, D. J., Carey, P. D., Lochner, C., Seedat, S., Fineberg, N., & Andersen, E. W. (2008). Escitalopram in obsessive-compulsive disorder: Response of symptom dimensions to pharmacotherapy. *CNS Spectrums*, 13, 492-498.
- Steketee, G., & Frost, R. (2003). Compulsive hoarding: current status of the research. *Clinical Psychology Review*, 23(7), 905-927.
- Steketee, G., & Frost, R. O. (2006a). *Compulsive Hoarding and Acquiring: Therapist Guide USA*: Oxford University Press.
- Steketee, G., & Frost, R. O. (2006b). *Compulsive Hoarding and Acquiring: Workbook USA*: Oxford University Press.
- Steketee, G., frost, R. O., & Kyrios, M. (2003). Cognitive Aspects of Compulsive Hoarding. *Cognitive Therapy and Research*, 27(4), 463-479. doi: 10.1023/a:1025428631552
- Steketee, G., Frost, R. O., Tolin, D. F., Rasmussen, J., & Brown, T. A. (2010). Waitlist-controlled trial of cognitive behavior therapy for hoarding disorder. *Depression and Anxiety*, 27(5), 476-484.
- Steketee, G., Frost, R. O., Wincze, J., Greene, K. A. I., & Douglass, H. (2000). Group and individual treatment of compulsive hoarding: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28(3), 259-268.

- Timpano, K. R., & Schmidt, N. B. (2013). The relationship between self-control deficits and hoarding: a multimethod investigation across three samples. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(1), 13-25. doi: 10.1037/a0029760
- Timpano, K. R., & Shaw, A. M. (2013). Conferring humanness: The role of anthropomorphism in hoarding. *Personality and Individual Differences, 54*(3), 383-388. doi: 10.1016/j.paid.2012.10.007
- Tolin, D. F., Frost, R. O., & Steketee, G. (2007). An open trial of cognitive-behavioral therapy for compulsive hoarding. *Behavior Research and Therapy, 45*(7), 1461-1470.
- Tolin, D. F., Frost, R. O., & Steketee, G. (2010). A brief interview for assessing compulsive hoarding: the Hoarding Rating Scale-Interview. *Psychiatry Research, 178*(1), 147-152.
- Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G., & Fitch, K. E. (2008). Family burden of compulsive hoarding: results of an internet survey. *Behavior Research and Therapy, 46*(3), 334-344.
- Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G., Gray, K. D., & Fitch, K. E. (2008). The economic and social burden of compulsive hoarding. *Psychiatry Research, 160*(2), 200-211.
- Torres, A. R., Fontenelle, L. F., Ferrao, Y. A., Do Rosario, M. C., Torresan, R. C., Miguel, E. C., & Shavitt, R. G. (2012). Clinical features of obsessive-compulsive disorder with hoarding symptoms: a multicenter study. *Journal of Psychiatric Research, 46*(6), 724-732. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.03.005

- Veale, D. (2002). Over-valued ideas: A conceptual analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 383-400.
- Vostanis, P., & Dean, C. (1992). Self-neglect in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 161, 265-267.
- Wheaton, M., Timpano, K. R., Lasalle-Ricci, V. H., & Murphy, D. (2008). Characterizing the hoarding phenotype in individuals with OCD: associations with comorbidity, severity and gender. *Journal of Anxiety Disorder*, 22(2), 243-252. doi: S0887-6185(07)00063-1 [pii]10.1016/j.janxdis.2007.01.015
- Wincze, J. P., Steketee, G., & Frost, R. O. (2007). Categorization in compulsive hoarding. *Behavior Research and Therapy*, 45(1), 63-72.
- Winsberg, M. E., Cassic, K. S., & Koran, L. M. (1999). Hoarding in obsessive-compulsive disorder: A report of 20 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 591-597.

Figure 1. Modèle TCC (Frost et Hartl, 1996).

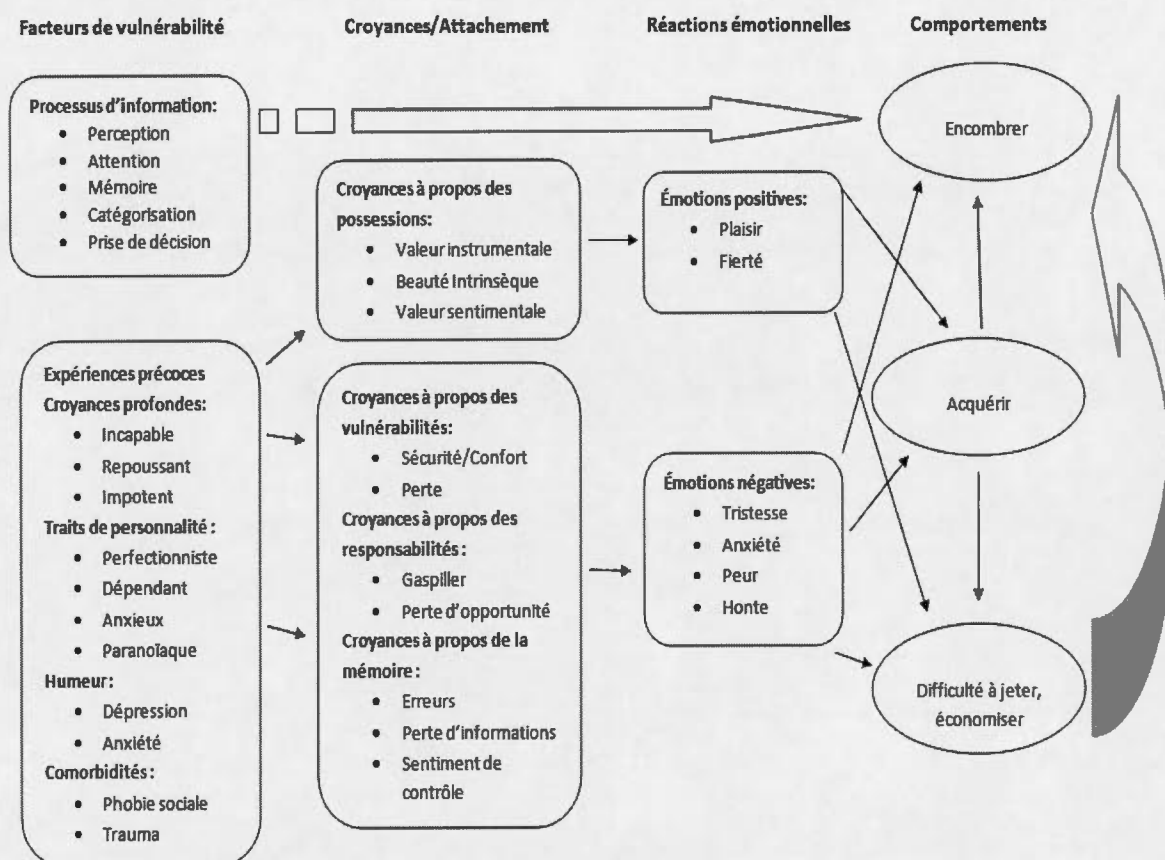
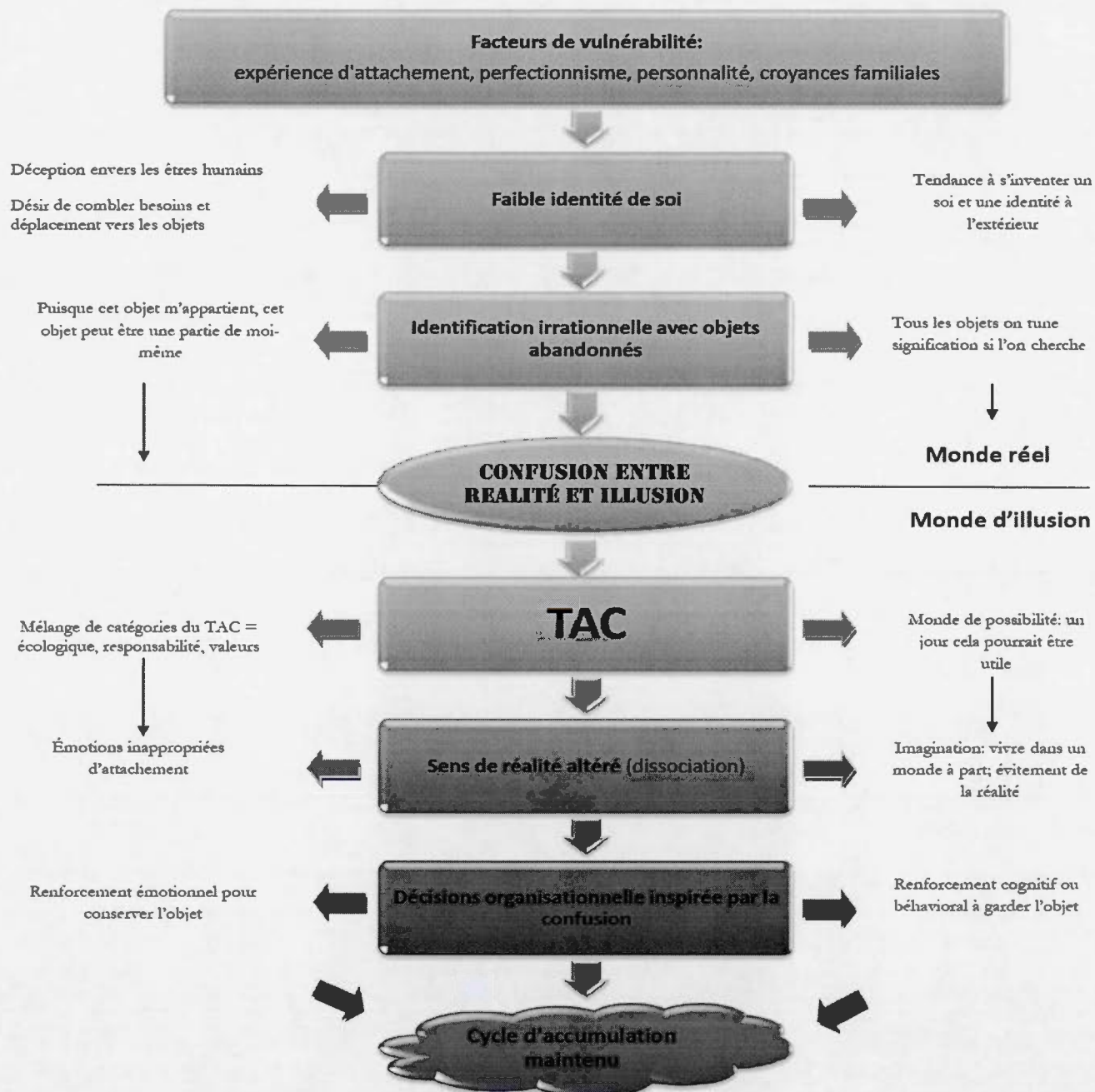


Figure 2. Modèle TBI pour le TAC (O'Connor, St-Pierre-Delorme et Koszegi, 2013).



CHAPITRE II

INFERENCE BASED THERAPY FOR COMPULSIVE HOARDING: A CLINICAL CASE STUDY

St-Pierre-Delorme, M.-E., Lalonde, M. P., Perreault, V., Koszegi, N., & O'connor, K.

(2011). Inference-based therapy for compulsive hoarding: A clinical case

study. *Clinical Case Studies*, 10(4), 291-303. doi:10.1177/1534650111411293

Running head: INFERENCE BASED THERAPY FOR COMPULSIVE
HOARDING: A CLINICAL CASE STUDY

Marie-Eve St-Pierre-Delorme (B.Sc.), Magali Purcell Lalonde (B.Sc.), Valérie
Perreault (B.Sc.), Natalia Koszegi (M.Ps.) and Kieron O'Connor (Ph.D.)

st-pierre-delorme.marie-eve@courrier.uqam.ca (Marie-Eve St-Pierre-Delorme)

magali.purcell.lalonde@umontreal.ca (Magali Purcell Lalonde)

valerie.perreault@umontreal.ca (Valérie Perreault)

natalia.koszegi@crfs.rtss.qc.ca (Natalia Koszegi)

kieron.oconnor@umontreal.ca (Kieron O'Connor)

Corresponding Author (Present Address):

Marie-Eve St-Pierre-Delorme

Centre de recherche Fernand-Seguin

7331 Hochelaga street

Montreal (Quebec), H1N 3V2, CANADA.

Phone: 1-514-251-4015 ext:3592

Fax: 1-514-251-2617

E-mail: st-pierre-delorme.marie-eve@courrier.uqam.ca

Inference Based Therapy for compulsive hoarding: A clinical case study.

St-Pierre-Delorme, M-E., Purcell-Lalonde, M., Perreault, V., Koszegi, N., & O'Connor, K.

Abstract.

Compulsive hoarding (CH) is a chronic and debilitating condition that is treatment resistant. CH generally shows poor treatment response in both pharmacotherapy and cognitive-behavioral therapy (CBT). The present case study describes the application of a cognitive Inference Based therapy program to the treatment of a 39-year-old woman diagnosed with CH. During a 24-week treatment period, her hoarding behavior and associated beliefs significantly decreased. Specifically *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* scores became sub-clinical at the six months follow-up. A considerable decrease in *Beck Depression Inventory-II*, *Beck Anxiety Inventory*, *Overvalued Ideas Scale*, *Saving Inventory-Revised*, and *Saving Cognition-Revised* scores was also observed. The single case study has implications for the treatment of CH and other syntonik beliefs.

1. Theoretical and Research Basis

Compulsive hoarding (CH) is characterized by excessive accumulation of worthless items, inability of discarding these items and impairment in mobility created by the home being almost completely filled with clutter. Such acquisition of items leads to an inadequate use of the personal environment and significant distress in individuals suffering from the disorder (Frost & Hartl, 1996). CH is a disabling disorder that has a strong impact on the social, financial, and the family level (Tolin, Frost, Steketee, & Fitch, 2008). In addition, many environmental and health risks are associated with CH such as an elevated fire hazard (Tolin, Frost, & Steketee, 2007). CH, also known as syllogomania, is presently regarded as a subtype of obsessive compulsive disorder (OCD) (Steketee & Frost, 2003). However, a debate is currently underway as to whether CH is an OCD subtype (Rachman, Elliott, Shafran, & Radomsky, 2009). In fact, CH is likely to be classified as a separate psychiatric disorder in the new fifth version of the manual published by the American Psychiatric Association (DSM –V; (Mataix-Cols et al., 2010).

Moreover, the nature of hoarding is ego-syntonic, and people who acquire and hoard in an excessive manner do not always consider that the hoarding behaviors or thoughts that accompany their actions are unreasonable. In contrast, in other subtypes of OCD (e.g., fear of contamination) the individual usually recognizes that his/her thoughts can be exaggerated and excessive. According to Rachman et al. (2009), this lack of insight supports the argument that CH is not a typical form of OCD. An individual with CH is also prone to indecisiveness, procrastination, perfectionism,

disorganization, as well as feeling an urgency to save and acquire many items (Frost, Tolin, & Maltby, 2010). According to the cognitive-behavioral model, CH results from primary deficits in information processing, erroneous beliefs concerning the attachment to objects causing marked emotional distress and observable avoidance behaviors (Frost et al., 2010; Tolin et al., 2008).

Cognitive-behavioral therapy (CBT) applied to other OCD subtypes has shown some success in treating individuals suffering from CH (Frost et al., 2010). However, attrition rates are often high and a number of counter-productive thoughts and behaviors interfere with therapy, such as lack of motivation and not completing homework assignments and lead to treatment resistance (Frost et al., 2010; Pertusa et al., 2010). Medication and CBT are less effective for individuals suffering from CH compared to other OCD subtypes (Frost et al., 2010; Steketee & Frost, 2003). Lack of compliance with CBT exercises in fact predicts a weak treatment response in compulsive hoarders (Tolin et al., 2007). In many cases, the cause of non-compliance to treatment can be attributed to the individual's poor insight (Saxena et al., 2004) and to the ego-syntonic nature of symptoms (Frost et al., 2010). Furthermore, Kozak and Foa (1997) noted that compulsive hoarders exhibit a lot of perfectionistic behaviors and overvalued ideas (OVI) as well as magical thinking regarding their problems.

The literature reports that OVI are very present in individuals suffering from CH (Steketee, Frost, Wincze, Greene, & Douglass, 2000). OVIs represent an

overinvestment in an obsessional conviction, which is usually ego-syntonic (O'Connor, Aardema, & Péliissier, 2005). For example, a worthless item can be considered almost as an extension of the person, which makes it very difficult for the person to consider discarding it. Often it feels as if they are throwing away a part of themselves (Veale, 2002). Compulsive hoarders believe that they are responsible for the well being of their items and grow attached to them. For this reason, they may feel guilty when they are abandoning their items. Changing these OVI seems the primary challenge in treating people with CH (Frost et al., 2010). In fact, even when presenting a logical explanation that challenges their investment in their items, hoarders may counter-argue on the virtue of their possessions, so leading to a counterproductive exchange of arguments (Frost et al., 2010). Achieving insight about the obsessional nature of their thoughts seems essential for progress.

Extant psychological treatments are based primarily on the Frost and Hartl (1996)'s CBT model. The latter involves home visits and a larger number of sessions, namely 26 therapy sessions compared to around 15 for other OCD subtypes. In addition, the therapist works on 5 primary aspects: psychoeducation to demystify CH, improvement of decision-making and organization, exposure and response prevention, as well as cognitive restructuring (Frost, Steketee, & Greene, 2003). So far no randomized studies have been conducted to produce firm empirical evidence concerning efficacy of CBT therapy.

Inference based Therapy (IBT) seems effective for individuals with OVI, which are particularly resistant to exposure and response prevention techniques or

treatment models based on cognitive evaluation. A small scale randomized controlled trial compared efficacy of IBT, exposure and response prevention, and therapy based on cognitive evaluation (O'Connor et al., 2005). Although all approaches were effective in treating OCD without OVIs, IBT worked more consistently in treating OCD with higher conviction levels. A recent open trial (n=91) confirmed IBT's efficacy in treating all subtypes of OCD and two other studies have shown equally effective treatment outcome in people with and without OVI (O'Connor, Koszegi, Aardema, van Niekerk, & Taillon, 2009; Taillon & O'Connor, 2009).

IBT has also been shown to be effective in treating all OCD subtypes (O'Connor & Aardema, 2004) and essentially addresses a process preceding obsessional development termed 'inferential confusion' (confusing remote possibility with reality) so side stepping the need to confront more distal personal values and obsessional beliefs. IBT considers that the origin of OCD is an initial inference of obsessional doubt (e.g., "maybe I will need this household appliance someday") which is a product of inferential confusion. In this model, two level of inferences¹ are recognized as contributing to development and maintenance of OCD: primary inferences, that refer to the obsessional doubt and secondary inferences, that refer to anticipated consequences associated to primary inferences (e.g., "if I do not take this washer-dryer and I need it in the future, I will have to buy myself a new one and that will ruin me financially."

¹ Inference: a conclusion reached on the basis of evidence and reasoning (O'Connor, 2002).

There are significant differences between current CBT and IBT in the treatment approach to hoarding (see : (O'Connor, 2002; O'Connor et al., 2005; O'Connor et al., 2009) for more details). CBT generally focuses on down stream cognitive processes such as the appraisals of importance accorded to thoughts of acquiring and cognitive challenges of personal beliefs about responsibility and attachment towards objects and hoarding. IBT, in contrast, does not address appraisals or Beckian-style cognitive distortions since it locates the source of the hoarding in the primary obsessional doubt driving the difficulty in getting rid of objects. This primary doubt is considered an inference, not an intrusive thought.

In IBT, this obsessional inference of doubt is distinct from normal doubt since a normal everyday doubt (example: "does this object fit in well with my collection?") can be answered and resolved through appeal to observation or common sense. But the obsessional doubt has no resolution and the hoarder enters into a 'doubting cycle.' Example: "Maybe one day I will need this object." And this doubting cycle prevents the person from basing decisions on realistic criteria. The obsessional doubting inference is arrived at through a reasoning process. A number of reasoning devices mislead the person to infer a doubt that seems logical, where in fact, there's no reason to doubt.

The reasoning devices include: category errors, blending terms, and inverse inferences. Category errors involve confusing separate events or objects as if one is the same as the other. Example: "This vase is like the vase my mother used, so I should keep it." "I heard of a man who threw away a tool and the next day he needed

it, so this could be the case here with this tool.” Blending terms occurs where two terms or activities with often opposing attributes become blended to represent the same construct. Example: when hoarding useless objects becomes justified as ecological. Inverse inference involves reversing the premise and the conclusion in a deduction. Example: instead of “my daughter needs an ornament to fit with her bedroom décor, so I will seek out for a match for her,” the inverse logic is applied: “this object could fit somewhere, sometime, so I am sure I will find a place for it.”

These reasoning devices are collectively termed ‘inferential confusions’ and the aim of IBT is to undo the inferential confusion and return the person to making decisions based on senses, common sense, and realistic need. This resolution is accomplished through reasoning exercises where the person gains insight into the inferentially confused nature of the reasoning narrative and so, ceases to infer doubt where, in reality, there is no reason to doubt.

The initial doubt is maintained by an idiosyncratic reasoning process leading to secondary inferences. In the case of hoarding, an example would be a person convinced that her hoarding behavior allowed her to be ecologically responsible, in a “throwaway world” and basing her reasoning on association and facts about wastefulness remote from the “here and now.” The inference about the self “I could become a wasteful superficial person” by discarding valuables was supported by a narrative about her mother saving old clothes to turn into cloths and being told how lucky she was to have toys and how she shouldn't waste anything as well as some unrelated stories of how she had about people who discarded objects found that their

items were really antiques, and also how people in Africa were glad to receive any spare goods, and so on. (O'Connor et al., 2009).

The case study presented here is of a participant who received IBT therapy. Steps of the therapy are detailed as well as the progresses of therapy over sessions.

2. Case Introduction

Rose was a 39-year-old woman, mother of two children, and recipient of employment insurance. She decided to consult a psychologist in 2000 in order to receive help with her severe compulsive hoarding problem. She revealed that she had suffered from this problem for 20 years now and was no longer able to face it on her own. She had never undertaken psychotherapy for this specific problem. However, she had tried several pharmacological treatments (e.g. Wellbutrin, Paxil), which were not effective. She feared that her problem would become as severe as her father's problem, for which he had never received help. She described her father as a packrat, cluttered in a house full of junk.

3. Presenting Complaint

Impact: Rose emphasized that her hoarding behavior had had many consequences in her life. She specified that her situation had led her to avoid inviting friends and family to her house because she feared that they would judge her negatively. She said the overcrowding in her house interfered with her daily activities, as approximately 75% of the household was difficultly accessible. Clutter: She complained primarily of her bedroom and kitchen being cluttered with food cans,

empty boxes, little appliances, and so on. However, she admitted that her exterior shed, as well as the storage space that she rented close to her house, were full with other objects. Regarding the kitchen, she mentioned that the stove was covered with items, which did not allow her to cook. Concerning her bedroom, she said that there was no more room in her closet and therefore that it was not very functional. A part of her bed was also covered with clothes and empty boxes, which seemed to cause her great distress since she conceded that she was not capable of discarding any of these items at this time. Furthermore, she had received a warning letter from her landlord threatening her to evict her if she did not take action.

During the pretreatment evaluation, pictures from different rooms of the house were taken. There were no rooms that were easily accessible, with the exception of the bathroom. Furniture surfaces were often covered (dressers, washer-dryer appliances, tables, desks, chairs, etc.) and floors were completely or partially crowded by objects. Closets were no longer functional because many items were piled up. Half of the bed was cluttered and the bedroom floor was covered with magazines, newspapers, bills and post-it notes. Boxes and items piled up everywhere made most sections of her home inaccessible. It was impossible to eat in her dining room since the chairs and the table were buried under all the items she has collected over the years. Finally, boxes, televisions, lamps, and garbage bags were stacked and covered her entire basement floor. Rose admitted many rooms of her house were unusable because of this clutter.

4. History

Rose stated that her problem began in her adolescence. Since then, she said that she tried many times to clear some parts of her house, but without any success. She informed us that there was a history of CH in her family, as her mother, father, maternal grandfather, as well as her son had CH. She revealed that both her parents' problem was very severe.

Rose presented significant avoidant personality traits. Specifically, she stated that she avoided working with anyone that could criticize her. She also found that initiating was very difficult if she had to do it herself and that she was afraid of meeting new people, as she felt inadequate.

Prior to this study, Rose had completed several therapy programs for victims of incest and for substance abuse. She had been a victim of incest by her father during her childhood. He abused her from the ages of 6 to 14 years, at which point he was incarcerated for child abuse. Although the abuse was very difficult for Rose, she reported that she had since forgiven her father. Rose associated onset of her hoarding behavior with her father's abuse. For Rose, her hoarding behavior was a way to feel alive. Rose had no contact with her father since his incarceration, and he died several years ago. She was diagnosed with major depression after the death of her husband in 1995. During this period, she temporarily lost custody of her children because of her hoarding symptoms. After starting a therapy for her major depression, she regained custody of her children. Rose had not been working for several years and she said it was directly related to her CH disorder. However, it was during her major

depressive episode that she stopped working. Rose also had compulsive buying behavior. She described having uncontrollable urges to excessively buy or acquire items, much as tissue boxes, clothes, and food.

She had once succeeded in preparing about 30 bags filled with items to give to charity organizations. Since then, she avoided dealing with her cluttered home. She recognized having a CH problem and realized that she acquired items because she rapidly felt attached to them and because she was worried she would need them in the future. Furthermore, she mentioned that her disorder kept her alive as she feared to lose the sense of who she was without her hoarding problem. Her expectations related to therapy seemed realistic since she was aware that the probability of eliminating her problem entirely was low, but she wished to, at the least, clear her home in order to make it more functional and welcoming.

5. Assessment

The participant was assessed by an independent clinical evaluator at pre-, mid-, post-treatment, and at six months follow-up. Semi structured interviews that were administered included the *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS ;* (Goodman et al., 1989) b); the *Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV;* (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996)); and the *Overvalued Ideas Scale (OVIS;* (Neziroglu, McKay, Yaryura-Tobias, Stevens, & Todaro, 1999)). Self-report measures that were used included the *Personality Disorders Questionnaire-4+ (PDQ-4+;* (Hyler, 1994)); the *Padua Inventory (PI;* (Sanavio, 1988)); the *Beck Depression Inventory-II (BDI-II;* (Beck, Steer, & Brown, 1996)), the

Beck Anxiety Inventory (BAI; (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988)); the *Saving Inventory-Revised (SIR* (Frost, Steketee, & Grisham, 2004)), the *Saving Cognitions Inventory-Revised (SCIR;* (Steketee, Frost, & Kyrios, 2003)), and the *Clinical scales and daily diaries;* (O'Connor & Robillard, 1999)). The measures employed to assess the participant were chosen because they are gold standard measures of OCD symptoms (*Y-BOCS, SCID-I, OVIS, PI*), compulsive hoarding symptoms (*SIR, SCIR*), personality traits (*PDQ-4+*), mood (*BDI*), and anxiety (*BAI*). Daily diaries were completed every day for the duration of the therapy program to measure OCD related variables such as time spent performing and the degree of investment in ritualized hoarding and acquiring compulsions (O'Connor & Robillard, 1999). Furthermore, pictures of Rose's home taken at pre- and post-treatment served as an objective measure of the degree of clutter in her environment. Also, monthly telephone calls to the participant allowed the clinical evaluator to assess her progress maintenance after the end of therapy. The Therapy Evaluation Scale, an adaptation of the Therapist Rating Scale (TRS;(Williams & Chambless, 1990)), is a measure of the therapeutic alliance and assesses participant perceptions of the following therapist characteristics: caring/involved, modeling self-confidence, unconditionally accepting, challenging, explicit, and willing to be known. It was administered at six months follow-up to assess Rose's satisfaction with the therapist and IBT program.

In order to establish whether changes in pre- and post- treatment measures were relevant to treatment outcome, Emmelkamp et al. (2002)'s criterion of 33% or more improvement post-treatment as compared to pre-treatment scores was used. A

significant decrease in all measures was observed, except in the SCI-R. This measure nonetheless showed a 27% decrease.

- Table 1 here -

Results on the feeling of personal efficacy clinical scale indicate that the client was significantly more confident in her capacity to resist hoarding.

6. Case Conceptualization

This presentation of Rose's clinical case corresponds to a diagnosis of CH. Her principal doubt for both acquiring and hoarding was "Maybe I will need this item in the future" and it was associated to her secondary inference "I will regret it". A detailed explanation of her doubts follows this section.

7. Course of Treatment and Assessment of Progress

The therapy protocol was composed of 4 clinical evaluation sessions, which allowed the therapist to identify a hierarchy of the participant's obsessions and compulsions degree of insight into her disorder, and primary as well as secondary inferences. Measures were taken at the end of therapy, namely at 20 weeks, 3 months, as well as 6 months post-treatment.

Evaluation sessions were followed by 20 weekly sessions of IBT therapy. According to the IBT model, OCD is always developed and maintained from an initial unfounded inferentially confused doubt, no matter what type of obsessions and compulsions are present (see figure 1). Firstly, a trigger generates an obsessional doubt (or a primary inference). Next, when the doubt is established in the person's

mind, it leads to anticipation of disastrous consequences associated with this doubt. For example, when Rose would see an old washer-dryer appliance in a yard sale (trigger), she started doubting: "I will surely need this item in the future." Then, she anticipated a negative consequence that provoked feelings of anxiety and pushed her to compulsively bring the item home with her: "I am sure that if I do not bring it home with me, I will regret it. I can always use a washer-dryer; mine is old, it will probably break soon, etc." It is important to understand that a participant's internal narrative plays a significant role in the development and maintenance of the doubt. This narrative is based on important reasoning biases such as selective use of out-of-context facts where abstract facts are inappropriately applied to specific personal contexts in order to justify the compulsion.

IBT therapy allows the participant to change the internal narrative that maintains primary inferences in order to adhere to a more realistic scenario, which can in turn help change behavior. Furthermore, IBT considers that obsessions originate from interior narratives based on invalid inductive arguments specific to each client. Clients learn to change their narrative. The key point to clarify with individuals is whether or not the obsessional doubt is realistic; their narrative is never derived from evidence confirming the doubt in the "here and now." Narratives help maintain the obsessional doubt (primary inference) and the compulsions because the person behaves as if the doubt was highly probable. The IBT model of the maintenance of OCD is schematically presented below. The model's components are defined in further detail below.

- Figure 1 here -

The 10 IBT steps involve establishing: 1) The distinction between an obsessional doubt and a normal doubt; 2) The OCD logic; 3) The OCD doubt is 100% irrelevant to “here and now”; 4) The power of a narrative; 5) Crossing the barrier over from reality into imagination; 6) Identification of reasoning errors that create and maintain the obsessional narrative; 7) Establishing the false nature of the OCD doubt; 8) The selective nature of OCD doubt; 9) The vulnerable self-themes in OCD doubt; 10) Reality sensing and tolerating the void.

The primary aim of IBT therapy is to decrease conviction towards primary inferences. Thus, since primary inferences are the first step in the OCD sequence, it is expected that addressing them in therapy will lead to therapeutic effects on the rest of the OCD sequence including secondary inferences, anxiety, and compulsive behavior.

In the first therapy sessions, Rose’s psychologist helped her recognize that obsessions arise from a doubt and explored with her the difference between an obsessional doubt and a normal doubt. She understood this concept and admitted that the doubt partly explains why she had this problem. She mentioned that one of the reasons that she had a CH problem was indeed because she felt that she might not exist without her hoard. Without them, she had the feeling that nobody would remember who she was. After each therapy session, Rose was asked to complete a homework assignment related to the therapy content. Following the first two sessions, Rose succeeded in throwing away many items during the week because she applied the strategies that she had learned in the sessions. When she grasped the OCD

sequence, her psychologist helped her identify her primary inference (“I will surely need this item in the future”) and secondary inference (“I am sure that if I do not bring it home with me, I will regret it.”). The figure below shows how the probability of the primary and secondary inferences identified by Rose decreased through the course of therapy. Weeks 12 to 17 indicate marked increases in perceived probability of the primary inference. These increases correspond with the periods in which Rose broke through her pattern of avoidance and began to try to remove some of the clutter in her home.

- Figure 2 here -

The therapist then explored with Rose the concept of a doubt as an imaginary component, which allowed the therapist to work on her obsessional narrative. Rose was asked to create a non-obsessional scenario in order for her to understand that both scenarios are stories that can seem realistic. For example, Rose’s scenario was: “If I throw away the statues that my mother brought me from Japan, she will hate me and never talk to me again.” Her alternate scenario was: “Since the Japanese statues that my mother gave me are lying in the bottom of my drawer, I could give them away to charity and it would allow someone else that likes this art to enjoy them. My mom would be happy that someone is putting them to good use.”

In subsequent therapy steps, the psychologist helped Rose recognize that her doubt arises from her imagination and she learned what led her to cross the boundary from reality to imagination. The psychologist then attempted to convey to her how the reasoning devices of the OCD which are part of the narrative let an unreal doubt

be experienced as though a real doubt. She was showed examples of the most common OCD related reasoning devices and how they lead to confusion between reality based on her five senses and her imagination. To arrive at the next step, the therapist showed Rose that in non-obsessional situations, she is perfectly able to reason in a non-selective and realistic manner. In fact, Rose identified a series of questions to ask herself before surrendering to a hoarding and acquiring compulsion. In her case, she asked herself if she still had the item or a similar item at home, if she really needed the item, and if she needed it, she evaluated her need in detail. For example, she wanted to register her daughter in a day camp. The people in charge of the camp told her that she should buy a yellow t-shirt since yellow was the camp's official color. Rose thus went to clothing store to buy a t-shirt, but when she arrived, she had the idea of buying many t-shirts because children easily dirty themselves and one t-shirt might not be enough. However, she decided to take a break in the store and asked herself the series of questions. First, she told herself that her daughter had many t-shirts because her brother gives her all his daughter's hand-me-downs when she outgrows the clothes. She also knew her daughter did not particularly like day camps and so, if she accepted to participate, it will only be for a very brief period. Finally, her daughter was a very calm child who rarely got dirty; therefore, a second t-shirt would not be necessary. She was able to reason that if there were a need for a second t-shirt, she would purchase one when the time came. With the help of this logical reasoning and decision making, Rose was able to resist her compulsion and limited herself to one t-shirt. Rose could recognize which reasoning devices

maintained the credibility of her doubt and validated her doubt. She also understood that her obsessional doubt was not valid because of these reasoning devices and that it reflected selective reasoning.

The last therapy step consists in helping the participant find the vulnerable self-themes that maintain their problem and that reinforce their obsessional doubts. Rose had a lot of difficulty throwing away a gift from a close friend. Even at the end of therapy, she continued to feel vulnerable to all the items that were gifts from her loved ones. By exploring this tendency of hers with her psychologist, it became clearer to her that her hoarding behavior was linked to her self theme "I am nothing without my things; people around me will not realize that I exist if I do not have all my things."

The IBT was delivered by a licensed psychologist who was trained in IBT at the Fernand-Seguin Research Center. The participant's reactions and perceptions regarding her psychologist, the therapy process, and the therapeutic alliance were measured by the Therapy evaluation scale. Rose stated she was very satisfied with all aspects of both the therapy and the therapeutic relationship she had with her psychologist.

8. Complicating Factors

Rose demonstrated considerable motivation and a high degree of insight throughout therapy. Rose's level of motivation was evaluated by her psychologist based on her attendance and participation in therapy as well as her desire to change. Her degree of insight was measured by question 11 in the *Y-BOCS* and question 9 in

the OVIS. However, Rose often did not complete the necessary homework exercises that were required of her and she gave her psychologist many reasons why she did not. For example, her son had significant behavioral problems at school and she constantly needed to meet his teachers and the school principal who threatened to expel him. Although Rose no longer used benzodiazepines, she reported regular use of marijuana for its relaxation effects. These resistances were addressed in therapy and the participant admitted being aware of the disabling nature of her behaviors, but mentioned that she could not behave otherwise in periods of high stress. Moreover, her avoidant personality traits could have affected her prognosis negatively. Indeed, Rose experienced a difficulty initiating any discarding by herself. Since the end of treatment, she has been capable of initiating many tasks on her own such as starting to clear her basement.

9. Follow-up

At three month follow-up telephone interview, she revealed that she had continued to prioritize taking action. For example, she had delegated household tasks to her children, which reduced her daily obligations and allowed her to apply the strategies she learned in therapy.

At the six months post-treatment follow-up, the *Y-BOCS* score was sub-clinical and the score on the OVIS remained low. Further follow-ups with Rose are planned. Two months after the end of therapy, during the follow-up telephone interview, Rose mentioned that she was able to partly maintain the skills she acquired during therapy. Nevertheless, she emphasized her low persistence in discarding items since the end of

therapy. However, at the next follow-up, she revealed that she was capable of cleaning her home, which is according to her "a very big step." Furthermore, when asked to what extent she believed she could resist the compulsion of acquiring souvenir items or items that may be needed in the future, she said she could resist them 95% of the time, which is an outstanding accomplishment.

10. Treatment Implication of The Case

Several clinical implications stem from understanding Rose's therapeutic trajectory. Firstly, aside from certain lack of compliance (ex: daily diaries not always completed), Rose was motivated participant, which was probably a crucial factor in her adherence to treatment. She was generally able to be insightful regarding her problem. In fact, even after one session, she was capable of being objective towards her compulsive behavior and could ask herself the right questions in order to reason realistically. For example, when she went shopping, she asked herself if she really needed 15 jars if jam was on sale. Before therapy, she had revealed buying more than 10 and following therapy, she stated that she limited herself to one or decided not to purchase any.

IBT was adapted to meet the needs of compulsive hoarders. In fact, because the nature of their obsession is often very ego-syntonic, and compulsions are often passive or mostly avoidance behaviors, the distress is less linked to obsessions, and more to the subsequent clutter in the home environment. Nevertheless, it is very difficult for hoarders to accept to throw out the items to which they are very attached. According to them, their hoarding behavior is justified. Additionally, beliefs

supporting the excessive acquisition and keeping of items can be overinvested in contrast to other OCD subtypes, such as fear of contamination.

Unlike traditional CBT, that uses techniques such as exposure to a hierarchy of items according to their anxiogenic potential, IBT uses cognitive exercises which permit generalization of learned skills across all items in the home (O'Connor & Aardema, 2004). It was notable that Rose improved her compulsive tendency to acquire items. She completely stopped acting on her compulsions related to compulsive buying or acquiring items from neighbors' recycling bin or garbage can. However, it was more difficult for her to throw away what she had already collected over the years, especially if the object was a gift from a loved one. She nevertheless succeeded in preparing and delivering enormous bags to charity organizations. Thus, she threw away a significant quantity of items that cluttered her home, but was not able to completely achieve her objectives regarding certain cluttered rooms of the house. For example, she aimed to clear out everything she had stored in one of the bedrooms and use it instead as a guestroom.

11. Recommendations to Clinicians and Students

Clinicians and students should be vigilant when treating an individual suffering from CH. It is necessary to not only utilize clinician administered semistructured interviews and self-report measures, but also use objective pictures in order to evaluate all therapy gains, including improvements in the state of the individual's environment following the therapy program. Indeed, Rose's psychologist noticed that she underestimated her progress during the course of the therapy program and

pictures of her home at pre- and post- treatment reflected the degree of this objective change.

Moreover, although there is usually a need for extended therapy sessions when treating individuals with this disorder, Rose responded well to a 20-week cognitive based program. In the first session, she understood the logic of the IBT model and that the arguments maintaining her doubt are relatively unrealistic. This underlines the importance of working on doubt, decision making, and reflecting upon the nature of the person's acquiring and hoarding compulsions in order to overcome CH.

Also, environmental factors associated to individuals suffering from CH are important to keep in mind. In many cases, these individuals live alone, are isolated, and have very little social resources. In addition, CH is often comorbid with another personality disorder (Steketee & Frost, 2003; Samuels et al., 2002). In fact, Rose's case presented comorbid avoidant personality traits which made her reluctant to be involved with people and avoid contact with others. This tendency could have influenced her prognosis. However, this did not interfere with the IBT treatment outcome, but suggests that she identified strongly with the IBT model. To conclude, although current opinion considers CH distinct from OCD, within the IBT conception of OCD as arising from an initial inference of doubt, CH possesses clear obsessional characteristics. Finally, as expected by the IBT model, post-treatment OVI were significantly reduced as well as all other OCD and compulsive hoarding symptoms.

Note. Rose's personal characteristics were modified in order to conserve her anonymity

References

- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety : psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Emmelkamp, P.M.G. (2002). Commentary on treatment. In R.O. Frost, & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment* (pp.391-401). Oxford: Elsevier.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured clinical interview for DSM-IV axis 1 disorders – Patient edition (SCID-I/P)* (2nd ed.). New-York, NY, New York State Psychiatric Institute: Biometrics Research Department.
- Frost, R. O., & Hartl, T. L. (1996). A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behavior Research and Therapy, 34*(4), 341-350.
- Frost, R. O., Steketee, G., & Greene, K. A. I. (2003). Cognitive and behavioural treatment of compulsive hoarding. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 3*(3), 323-327.
- Frost, R. O., Steketee, G., & Grisham, J. R. (2004). Measurement of compulsive hoarding : Saving Inventory-revised. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 1163-1182.

- Frost, R. O., Tolin, D. F., & Maltby, N. (2010). Insight-Related Challenges in the Treatment of Hoarding. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*(4), 404-413.
doi: DOI: 10.1016/j.cbpra.2009.07.004
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry, 46*(11), 1012-1016.
- Hyler, S. E. (1994). *The Personality Diagnostic Questionnaire 4+*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Mataix-Cols, D., Frost, R. O., Pertusa, A., Clark, L. A., Saxena, S., Leckman, J. F., et al. (2010). Hoarding disorder: a new diagnosis for DSM-V? *Depression and Anxiety, 27*(6), 556-572.
- Neziroglu, F., McKay, D., Yaryura-Tobias, J. A., Stevens, K. P., & Todaro, J. (1999). The Overvalued Ideas Scale: development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy, 37*(9), 881-902.
- O'Connor, K. P. (2002). Intrusions and inferences in obsessive compulsive disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 9*, 38-46.
- O'Connor, K. P., Aardema, F., & Pélissier, M.-C. (2005). *Beyond Reasonable Doubt: Reasoning Processes in Obsessive-Compulsive Disorder and Related Disorders*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- O'Connor, K. P., & Aardema, F. (2004). *Therapist Manual: An Inference Based*

- O'Connor, K. P., Koszegi, N., Aardema, F., van Niekerk, J., & Taillon, A. (2009). An inferenced-based approach to treating obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavior Practice, 16*, 420-429.
- O'Connor, K. P., & Robillard, S. (1999). A cognitive approach to the treatment of primary inferences on obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 13*(4), 359-375.
- Pertusa, A., Frost, R. O., Fullana, M. A., Samuels, J., Steketee, G., Tolin, D., et al. (2010). Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: a critical review. *Clinical Psychology Review, 30*(4), 371-386.
- Rachman, S., Elliott, C. M., Shafran, R., & Radomsky, A. S. (2009). Separating hoarding from OCD. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 520-522.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions : the Padua Inventory. *Behavior Research and Therapy, 26*, 167-177.
- Saxena, S., Brody, A. L., Maidment, K. M., Smith, E. C., Zohrabi, N., Katz, E., et al. (2004). Cerebral Glucose Metabolism in Obsessive-Compulsive Hoarding. *American Journal of Psychiatry, 161*(6), 1038-1048. doi: 10.1176/appi.ajp.161.6.1038
- Steketee, G., & Frost, R. (2003). Compulsive hoarding: current status of the research. *Clinical Psychology Review, 23*(7), 905-927.
- Steketee, G., Frost, R. O., & Kyrios, M. (2003). Cognitive aspects of compulsive hoarding. *Cognitive Therapy and Research, 27*, 463-479.

- Steketee, G., Frost, R. O., Wincze, J., Greene, K. A. I., & Douglass, H. (2000). Group and individual treatment of compulsive hoarding: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28(03), 259-268.
- Taillon, A., & O'Connor, K. P. (2009). *Changes in mood and behavior during cognitive therapy for obsessive compulsive disorder with and without overvalued ideation*. Paper presented at the Association of Psychological Science Annual Convention, San Francisco, CA.
- Tolin, D. F., Frost, R. O., & Steketee, G. (2007). An open trial of cognitive-behavioral therapy for compulsive hoarding. *Behavior Research and Therapy*, 45(7), 1461-1470.
- Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G., & Fitch, K. E. (2008). Family burden of compulsive hoarding: results of an internet survey. *Behavior Research and Therapy*, 46(3), 334-344.
- Veale, D. (2002). Over-valued ideas: A conceptual analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 383-400.
- Williams, K. E., & Chambless, D. L. (1990). The relationship between therapist characteristics and outcome of in vivo exposure treatment for agoraphobia. *Behavior Therapy*, 21(1), 111-116. doi: 10.1016/s0005-7894(05)80192-3

Aknowledgements

This work was supported by grant number 174014, awarded to the last author, from the Canadian Institutes of Health Research.

Author's biography

Marie-Eve St-Pierre-Delorme, B.Sc., is a graduate student who works on compulsive hoarding. Her current interest is validating a component of virtual reality as a part of treatment for compulsive hoarding.

Valérie Perreault, B.Sc., is a graduate student supervised by Dr. O'Connor at Fernand-Seguin Research Center in Montreal. Her principal interest is studying the process of therapeutic change in individuals with OCD and overvalued ideas.

Magali Purcell Lalonde, B.Sc., is a graduate student also supervised by Dr. O'Connor. Her principal interest is studying the OCD spectrum disorders. More specifically, she is currently examining the impact of the ego-dystonic nature of obsessions on treatment outcome in eating disorders.

Natalia Koszegi, M.Psy., is the clinical supervisor at Fernand-Seguin Research Center. She is currently working as a psychologist on many clinical projects at the Fernand-Seguin research center.

Kieron O'Connor, Ph.D. (University of London) is the coordinator of the Psychological Intervention Section at the Fernand-Seguin Research Center in Montreal. He is actively involved in research and therapy on OCD spectrum disorders such as trichotillomania, obsessive-compulsive disorder, eating disorders, tics, and Tourette's syndrome.

Table 1.*Pre-, post-treatment and follow-up scores on self-reported clinical measures*

Self-reported clinical measures	Pre-treatment total score	Post-treatment total score	Follow-up total score
Beck Depression Inventory	23	13	--
Beck Anxiety Inventory	16	9	--
Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale	28	11	7
Yale-Brown Obsession Subscale	14	5	3
Yale-Brown Compulsion Subscale	14	6	4
Saving Inventory-Revised	77	45	--
Saving Cognition Inventory-Revised	126	92	--
OVIS	61	15	19

Note: -- indicate data is not available.

Figure 1.

Schematic representation of the Inference Based Approach (IBA) model of the maintenance of OCD.

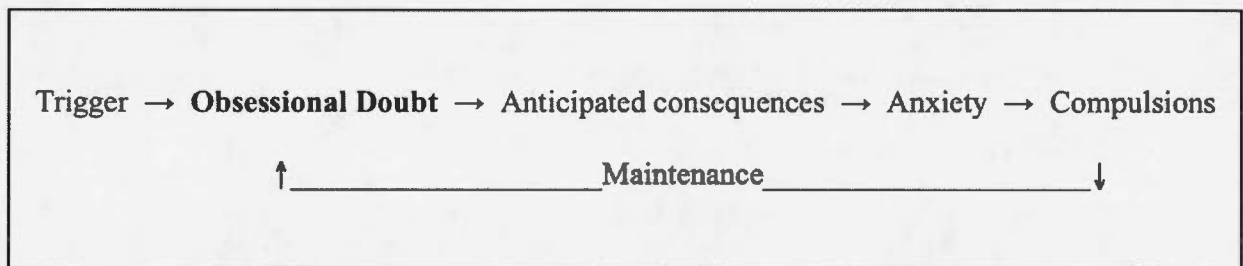
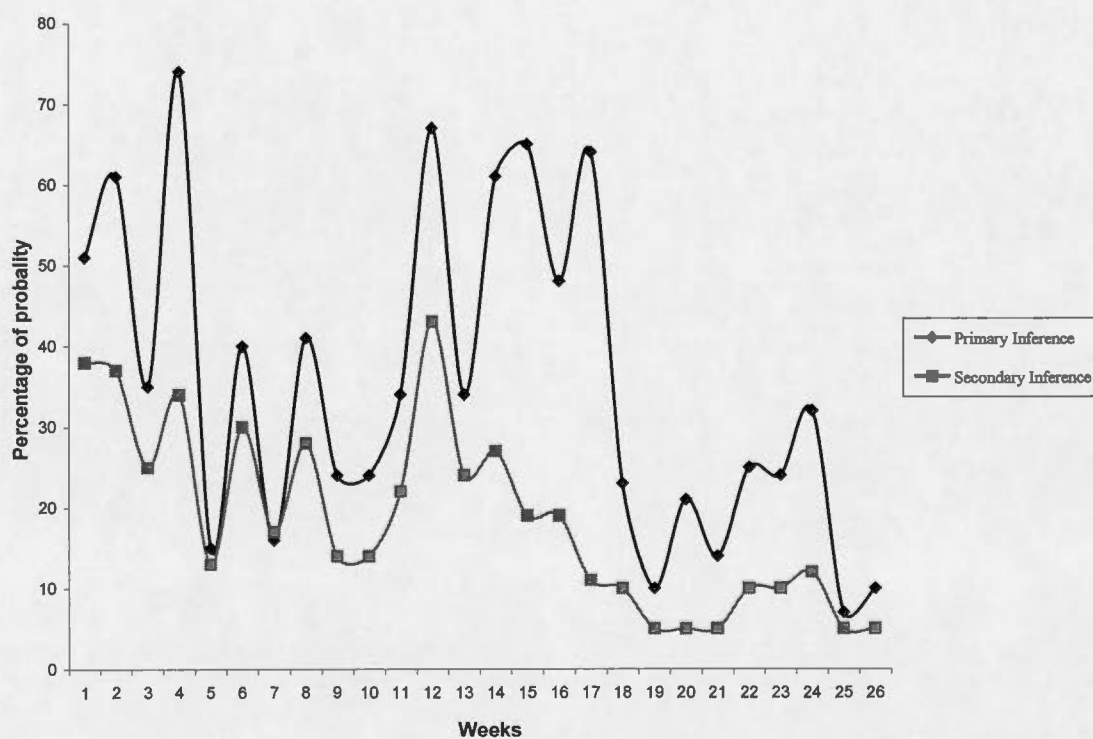


Figure 2.

Progression of the probability percentage of the primary inference "I will need it in the future" and secondary inference "I was wrong".



CHAPITRE III

COMPOSANTE EN RÉALITÉ VIRTUELLE DANS LE TRAITEMENT DE L'ACCUMULATION COMPULSIVE

Entête: Composante en réalité virtuelle dans le traitement de l'accumulation compulsive

Marie-Eve St-Pierre-Delorme (B.Sc.) et Kieron O'Connor (Ph.D.)

st-pierre-delorme.marie-eve@courrier.uqam.ca (Marie-Eve St-Pierre-Delorme)

kieron.oconnor@umontreal.ca (Kieron O'Connor)

Auteur de correspondance :

Marie-Eve St-Pierre-Delorme

Centre de recherche Fernand-Seguin

7331 rue Hochelaga

Montréal (Quebec), H1N 3V2, CANADA.

Téléphone: 1-514-251-4015 ext:3592

Fax: 1-514-251-2617

Courriel: st-pierre-delorme.marie-eve@courrier.uqam.ca

Résumé

La présente étude a comparé l'efficacité d'une composante en réalité virtuelle (RV) dans le traitement du trouble d'accumulation compulsive (TAC) suite à une thérapie d'approche cognitive. Les participants ont été assignés aléatoirement entre une condition expérimentale et une condition contrôle. Sept participants ont reçu la condition expérimentale et sept ont reçu la condition contrôle. Cinq séances d'une heure ont été administrées hebdomadairement. Les résultats ont présenté une efficacité de la thérapie cognitive au post-traitement sur deux des mesures principales des symptômes du TAC (*Saving Inventory Revised* et *Saving Cognition Inventory Revised*). Une différence significative a été observée sur la mesure principale de l'encombrement, soit le CIR suite à la condition en RV. Le résultat indique que le niveau d'encombrement de la chambre à coucher pour le groupe expérimental a significativement diminué comparativement au groupe contrôle $F(2,24) = 2.28, p = .10$. De plus, les résultats aux mesures de RV ont montré un bon état de présence et d'immersion et ce, pour les deux groupes. Ces résultats suggèrent que la RV peut s'avérer intéressante pour aider les accumulateurs compulsifs (AC) à passer à l'action dans leur désencombrement.

Abstract

The present study evaluated the efficacy of adding a virtual reality (VR) component to the treatment of compulsive hoarding (CH) following cognitive therapy. Participants were randomly assigned to either an experimental or a control condition. Seven participants received the experimental and seven received the control condition. Five sessions of one hour were administered weekly. The results on post-treatment measures of CH (*Saving Inventory Revised*, *Saving Cognition Inventory Revised* and *Clutter Image Rating scale*) demonstrate the efficacy of cognitive therapy in terms of symptom reduction. A significant difference indicated that the level of clutter in the bedroom tended to diminish more in the experimental group as compared to the control group $F(2,24) = 2.28, p = .10$. In addition, the results demonstrated that both groups were immersed and present in the environment. These results suggest that the creation of a virtual environment may be effective in the treatment of CH by helping the compulsive hoarders to take actions over their clutter.

Introduction

La réalité virtuelle (RV) est une technologie en plein essor et est de plus en plus employée comme composante thérapeutique au sein des troubles de santé mentale. La RV permet l'exposition à un nombre de situations tout aussi exhaustif que varié (Riva, 2009). Les études indiquent que la RV peut se montrer efficace pour le traitement du trouble panique (Botella et al., 2004), la phobie sociale (Klinger et al., 2005) le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) (Kim et al., 2008; Kim, Kim, Kim, Roh, & Kim, 2009) l'état de stress post-traumatique (Difede et al., 2007; Rothbaum, Rizzo, & Difede, 2010), la phobie spécifique (Michaliszyn, Marchand, Bouchard, Martel, & Poirier-Bisson, 2010; Rothbaum et al., 2006), le trouble d'anxiété généralisée (Gorini et al., 2010) et les troubles alimentaires (Riva, Bacchetta, Cesa, Conti, & Molinari, 2004). Aucune étude, à ce jour, n'a investigué le traitement du trouble d'accumulation compulsive (TAC) par la RV.

Bien que le TAC ne soit plus considéré comme un sous-type du TOC depuis la publication du DSM-5, ce dernier a longtemps été considéré comme tel. De même, le TOC ne fait plus partie des troubles anxieux à l'heure actuelle et est maintenant considéré comme un trouble à part. Toutefois, l'anxiété ressentie par les accumulateurs compulsifs (AC) lorsqu'ils doivent se départir de leurs objets personnels, fait partie des critères du trouble, démontrant ainsi la difficulté à passer à l'action (APA, 2013). Ceci étant dit, la majorité des études qui s'apparentent au TAC et au TOC, sont celles effectuées auprès des troubles anxieux. Une méta-analyse (Parsons & Rizzo, 2008) portant sur l'application de la RV pour les troubles anxieux

révèle que les tailles d'effet sont très larges pour plus de 21 études recensées. La moyenne des tailles d'effet se situe à 0.95. Une seconde méta-analyse, effectuée exclusivement sur les études traitant des troubles anxieux ($n=13$) (Powers & Emmelkamp, 2008), corrobore les résultats de la précédente méta-analyse et démontre une taille d'effet moyenne de 1.11, comparativement à une condition contrôle. Relativement à la taille d'effet observée pour la RV en comparaison à une condition *in vivo*, les auteurs décrivent une taille d'effet de 0.35 en faveur de la RV. De plus, dans plusieurs études contrôlées, la RV était aussi efficace que l'exposition *in vivo* (Riva, 2005).

Quelques études se sont également attardées aux environnements dits non immersifs. Ce type d'environnements utilise l'ordinateur simple. Les études montrent que l'emploi d'un EV non immersif peut permettre un état de présence (ÉP), générer une réponse émotionnelle équivalente à un EV immersif et on est en mesure d'observer une amélioration significative des symptômes cliniques (Klinger et al., 2005; Perpina et al., 2013). Il est donc possible d'inférer que la création d'un environnement pour le TAC pourrait créer de l'anxiété et ainsi que de favoriser le passage au tri et désencombrement dans le processus thérapeutique.

TAC

Le TAC se définit par un ensemble de comportements visibles tels que l'encombrement des pièces de la maison et la difficulté ou le refus de se départir des objets non nécessaires. Ces symptômes causent une détresse apparente, interférant avec la vie quotidienne (APA, 2013). L'individu sera ainsi enclin à l'indécision, la

procrastination, le perfectionnisme, la désorganisation, de même qu'à éprouver un sentiment d'urgence à économiser et acquérir des divers objets (Steketee & Frost, 2003). De plus, il est à noter que les AC prennent significativement plus de temps à faire le tri, font plus de piles et ont plus d'anxiété que des individus non psychiatisés et ce, seulement en lien avec leurs objets personnels (Winsze, Steketee & Frost, 2002).

À ce jour, l'efficacité des traitements est limitée pour le TAC (Muroff, Bratiosis & Steketee, 2011). De plus, les études mentionnent certains problèmes avec la condition d'exposition puisque les AC semblent abandonner lors de cette étape et plusieurs sont réticents à laisser entrer le thérapeute à la maison (Muroff et al., 2011). Puisqu'ils ont de la difficulté à prendre des décisions, les AC ont beaucoup de difficulté à passer à l'action lorsque vient le temps d'organiser leur environnement ou désencombrer celui-ci. En effet, ceux-ci ont de la difficulté à compléter les devoirs à la maison et leur manque de motivation est souvent un enjeu dans le processus thérapeutique (Christensen & Greist, 2001; Steketee, Frost, Wincze, Greene, & Douglass, 2000). Ceci étant dit, la RV représente une avenue à explorer dans le traitement du TAC puisqu'elle permettrait d'éviter les difficultés énoncées représentant des obstacles importants à la thérapie.

Position du problème

Puisque la RV permet de contrôler précisément ce qui est présenté, cela rend possible la création d'un EV sur mesure, selon les besoins du client (Kim et al., 2009). La RV pourrait s'avérer facilitante pour le TAC puisqu'elle est contrôlée,

prédictible et fiable (Robillard, Bouchard, Fournier, & Renaud, 2003). Outre ces nombreux avantages, la RV peut être administrée dans l'environnement clinique (sans déplacement extérieur) et coûte moins cher (Riva, 2005). Elle permet également de pallier au fait que certains individus, comme les AC, peuvent avoir des difficultés lors de visualisation de scènes quotidiennes quand ils utilisent des techniques d'imagerie mentale (Frost, Tolin, & Maltby, 2010). De plus, l'encombrement chez les AC est très visuel et la RV est une technologie utilisant principalement cet aspect du système sensoriel. Toutes ces raisons soutiennent le fait que l'utilisation d'un EV représente une bonne alternative au déplacement à domicile pour permettre le passage à l'action.

Les deux objectifs de cet article sont d'abord de valider l'efficacité de la TBI en format de groupe dans le traitement du TAC et deuxièmement, d'évaluer si la RV peut s'avérer être une composante efficace dans le passage à l'action pour diminuer l'encombrement chez les AC.

Les hypothèses sont les suivantes :

- 1- La TBI va mener à une amélioration clinique et statistique significatives des symptômes a) de TAC b) d'anxiété et c) de dépression.
- 2- Il y aura une différence statistiquement significative entre la condition expérimentale et contrôle en RV sur les mesures d'encombrement, soit les images du Clutter Image Rating Scale.
- 3- Les participants de la condition expérimentale auront cliniquement plus d'anxiété que les participants de la condition contrôle lors des séances d'immersion dans l'EV.

- 4- L'environnement virtuel non immersif va susciter un état de présence et d'immersion chez tous les participants.

Méthodologie

Participants

Les participants ont été recrutés par l'entremise d'affiches distribuées dans les universités, hôpitaux, CLSC et organismes communautaires de la région de Montréal, de même que sur le site web du centre de recherche Fernand-Seguin. Vingt-cinq participants ont été évalués pour ce projet. De ce nombre, neuf ont été exclus suite à l'évaluation initiale et deux ont abandonnés la thérapie en cours de traitement. Chez les 14 participants prenant part au projet, deux étaient des hommes et 12 des femmes. Les données démographiques complémentaires sont présentées dans le tableau 1. Les critères d'inclusion pour le projet étaient les suivants : a) avoir un diagnostic primaire de TOC avec TAC tel que décrit par le DSM-IV et les critères proposés dans le DSM-5; b) médication stable depuis au moins 12 semaines; c) être prêt à garder la médication stable durant la participation à l'étude; d) aucune évidence d'intention suicidaire actuelle; e) aucune évidence d'abus d'alcool ou de drogues actuelle; f) aucune évidence ou diagnostic de trouble schizophrénique présent ou passé, de trouble bipolaire ou de désordre mental organique, et g) ne recevoir aucun traitement pour le TAC durant l'étude. Les participants exclus ont été dirigés vers des ressources plus appropriées pour leur problématique.

- Insérer tableau 1 -

Équipement

Les EV ont été générés par un ordinateur PC Pentium 4®, 1,98 GHz 3,48GB de RAM, avec 256MB de mémoire graphique. L'EV était projeté sur un moniteur de 21 pouces. La plateforme *neuroVR 2.0* (www.neurovr.org), a été utilisée afin de créer les EV. Un appareil photo numérique a été employé afin de saisir des clichés de l'environnement chez les AC et le logiciel photos *Corel Paint Shop Pro Photo X2* pour traiter les photos. La procédure employée a été validée à l'Université du Québec en Outaouais (UQO) auprès de six participants (O'Connor, Bertrand, St-Pierre, & Delorme, 2011).

Réalité Virtuelle

Environnement expérimental

Tout d'abord, tous les EV ont été créés à partir de la plateforme *neuroVR 2.0* (www.neurovr.org), accessible et gratuite sur le web. L'environnement de l'appartement a été sélectionné afin d'y insérer les objets appartenant aux AC pour l'EV expérimental et les objets sélectionnés sur le web pour l'EV contrôle. Pour les EV expérimentaux, une trentaine de photos prises par les participants dans leur logement étaient sélectionnées et les objets étaient ensuite découpés à l'aide du logiciel *Paintshop Corel Xpro*. L'objectif était de recréer leur appartement en tenant compte principalement du salon, de la cuisine et de leur chambre à coucher. Les objets étaient placés en piles, comme représenté dans les photographies. Les objets qui seraient éventuellement sélectionnés, étaient découpés un à un de façon individuelle, afin que le participant puisse les sélectionner.

Environnement contrôle

Une condition contrôle active a été choisie plutôt qu'une condition contrôle passive. Sur le plan éthique, ce type de condition est souvent priorisé et permet une certaine équivalence des paramètres tels que le nombre de séances ou le fait d'être en contact avec le thérapeute. Concernant les participants du groupe contrôle, un EV était créé selon le même principe que pour les participants expérimentaux. La seule différence était que les objets n'appartenaient pas aux participants. Il s'agissait d'objets usuels tels que des chaussures, des livres, des revues, des cadres et autres. Les objets sélectionnés provenaient d'internet, des maisons des thérapeutes et du centre de recherche.

- Insérer figure 1 -

Évaluations cliniques

Une batterie de questionnaires et des entrevues semi-structurées ont été passées par tous les participants prenant part au projet. Les mesures visaient l'obtention d'informations sur la problématique de l'individu, établir s'il y avait présence de dépression et d'anxiété et mesurer l'état dans lequel était le participant suite à chaque tâche de RV. Les mesures auto-rapportées ont été passées au pré-traitement de la thérapie basée sur les inférences (TBI), au post-traitement TBI et au post-RV. Les entrevues cliniques étaient administrées par une évaluatrice formée à la passation des questionnaires pour le TAC.

Tout d'abord, l'*Entrevue d'évaluation clinique semi-structurée pour les troubles de l'axe 1 du DSM-IV* (version française du *Structured Clinical Interview for*

DSM-IV ou *SCID-I*) (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996) a été utilisée afin d'établir un diagnostic différentiel sur l'axe I selon les critères diagnostiques du *DSM-IV-TR*. Cet instrument a de très bonnes propriétés psychométriques (Zanarini & Frankenburg, 2001).

L'Échelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown / YBOCS (Goodman et al., 1989 ; traduction : Vézina et al., 1995). Le YBOCS a été utilisé pour l'évaluation clinique des symptômes d'obsessions-compulsions et de leur sévérité. Le YBOCS peut être utilisé pour évaluer séparément les comportements de neutralisation apparents et couverts. Des études ont confirmé la validité et la fiabilité de ces échelles ($ICC = .01-.94$, $r_s = .90$) (Taylor, 1995).

L'Échelle des Idées Surévaluées (version française de l'*Overvalued Ideas Scale* ou *OVIS*) (Neziroglu, McKay, Yaryura-Tobias, Stevens, & Todaro, 1999) est une entrevue semi-structurée de 11 items visant l'évaluation des idées surinvesties sur différentes dimensions (ex.: efficacité des compulsions, degré d'adhérence par les autres). Cet instrument est régulièrement utilisé pour mesurer le degré d'introspection des individus présentant différents troubles de nature obsessionnelle, comme le TOC. L'OVIS présente des coefficients de cohérence interne ($\alpha = 0.88$), de fidélité test-retest ($r = 0.86$) et d'accord inter-juges ($r = 0.88$), qui sont satisfaisants.

L'Échelle d'évaluation des inférences primaires (ÉÉIP) (O'Connor, Aardema & Pélissier, 2005) a été développée pour mesurer la force du doute de l'obsession primaire. Cet instrument se veut complémentaire et plus spécifique que l'OVIS pour les doutes primaires. Avec l'aide du psychologue traitant, le participant doit identifier

ses inférences primaires relativement à ses obsessions et déterminer pour chacune leur niveau de conviction (%) en ce qui a trait à la probabilité qu'une telle croyance soit réelle dans le « ici et maintenant ». Pour un AC, l'inférence primaire est souvent formulé de cette façon : Peut-être que je pourrais réparer cet objet ou peut-être que je ferai des économies.

L'Échelle d'évaluation des inférences secondaires (ÉÉIS) (O'Connor, et al., 2005). Avec l'aide du psychologue traitant, le participant doit identifier ses inférences secondaires (conséquences anticipées des inférences primaires) et répondre, pour chacune d'elle, à la question suivante: « Veuillez évaluer dans quelle mesure (%) les inférences décrites sont réalistes, si vous n'accomplissez pas vos compulsions ».

Mesures des symptômes

Trois mesures d'accumulation ont été employées pour évaluer la sévérité des symptômes d'accumulation basée sur la définition formelle du problème. Le premier questionnaire, soit le *Saving- Inventory Revised* (SIR) (Frost, Steketee, & Grisham, 2004), comprend 23 items cotés de 0 à 4. Les sous-échelles sont a) l'acquisition compulsive, b) la difficulté à se départir d'objets et c) l'encombrement de l'espace de vie. Celles-ci ont une bonne fidélité et un bon test-retest.

L'inventaire des Cognitions d'Économie (SCI; (Steketee, Frost, & Kyrios, 2003)) est un questionnaire de 24 items mesurant les croyances reliées aux symptômes de TAC. Il y a quatre sous-échelles principales : a) attachement émotionnel, b) préoccupation face à la mémoire, c) désir de contrôle et d)

responsabilité face aux possessions. La consistance interne des sous-échelles est bonne et varie entre .86 et .95.

Le *clutter image rating* (CIR; (Frost, Steketee, Tolin, & Renaud, 2008)) est une série de 9 images qui correspondent à différents degrés de sévérité de l'encombrement. Les pièces présentées sont la cuisine, le salon et la chambre à coucher. L'instrument possède une bonne consistance interne ($\alpha = 0.84$) et des intercorrélations allant de 0.56 à 0.71. Chaque pièce obtient un score unique et un total de 4 ou plus correspond à des symptômes de TAC. Il est à noter qu'il n'y a pas de score total.

L'*inventaire de dépression de Beck - II* (BDI) (Beck, Steer, & Brown, 1996) est un questionnaire auto-administré de 21 items visant à évaluer les symptômes affectifs, cognitifs, motivationnels et physiologiques de la dépression durant les deux dernières semaines. Tout comme la version originale anglaise, la version française du BDI présente de bonnes qualités psychométriques, avec des coefficients de cohérence interne ($\alpha = 0.92 - .93$) et de fidélité test-retest ($r = 0.93$).

L'*inventaire d'anxiété de Beck (BAI)* (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) est une liste de 21 items visant à évaluer l'intensité de symptômes d'anxiété durant la dernière semaine. Tout comme la version originale anglaise, la version française du BAI présente des coefficients de cohérence interne ($\alpha = 0.84$) et de fidélité test-retest ($r = 0.63$) acceptables (Freeston, Ladouceur, Thibodeau, Gagnon, & Rhéaume, 1994).

Le *Questionnaire sur les Processus Inférentiels* (QPI) (version française du *Inferential Confusion Questionnaire – Expanded Version*) (Aardema, Wu, Careau, O'Connor, Julien & Dennie, 2010) contient 30 items visant à mesurer la confusion

inférentielle qui réfère aux possibilités imaginées par l'individu avec un certain degré de probabilité (Aardema, O'Connor, Emmelkamp, Marchand & Todorov, 2005).

L'instrument possède de bonnes qualités psychométriques, avec d'excellents coefficients de cohérence interne ($\alpha = 0.97$) et de fidélité test-retest ($r = 0.90$).

Mesures de RV

Le *Questionnaire sur la propension à l'immersion (ITQ-F)* est une adaptation canadienne de l'*Immersive Tendencies Questionnaire (ITQ)* (Witmer & Singer, 1998). Le questionnaire comprend 18 questions et comporte quatre sous-échelles : a) focus, b) implication, c) émotions et d) jeu. L'étude de Witmer et Singer (1998) rapporte de bonnes qualités psychométriques et la validation francophone un alpha de Cronbach de .78 (Robillard, Bouchard, Renaud & Cournoyer, 2002).

Le *Questionnaire sur l'état de présence (PQ-F)* est également une adaptation canadienne francophone du *Presence Questionnaire* de Witmer et Singer (1998). Il contient 24 items et sept sous-échelles qui sont : a) réalisme, b) possibilité d'agir, c) qualité de l'interface, d) possibilité d'examiner, e) auto-évaluation de la performance, f) auditif et g) haptique. Les auteurs rapportent une bonne consistance interne pour ce questionnaire et il est à noter que les deux dernières sous-échelles n'ont pas été utilisées pour la présente étude puisqu'elles s'avèrent facultatives et qu'aucun élément auditif et tactile n'a été utilisé.

Le *Questionnaire sur la Présence de Cybermalaises (SSQ-F)* est une traduction canadienne francophone du *Simulator Sickness Questionnaire* (Kennedy, Lane, Berbaum, & Lilienthal, 1993). Les deux sous-échelles principales sont les nausées et

les problèmes oculo-moteurs. L'étude francophone rapporte un alpha de cronbach de .87, ce qui est élevé (Bouchard, Robillard, & Renaud, 2007).

Finalement, les unités d'anxiété et d'inconfort subjectifs étaient demandées par le thérapeute lors des tâches effectuées en RV. Par exemple, lorsque le client devait se débarrasser d'un objet virtuel, le thérapeute lui demandait son niveau d'inconfort et d'anxiété avant et après la tâche sur une échelle de 0 à 10 et le notait. Ceci nous permettait de mesurer l'ampleur de la tâche demandée et de vérifier si la RV permettait de susciter des émotions telles que nous l'avions stipulé.

Procédure

Quatorze participants ayant un diagnostic d'accumulation compulsive ont pris part à ce projet. Les participants ont été assignés aléatoirement à l'une des deux conditions suivantes : condition contrôle active et condition expérimentale.

Protocole de traitement

TBI

D'abord, tous les participants ont reçu la thérapie basée sur les inférences (TBI) par des psychologues formés à cette approche. Le protocole de traitement utilisé est celui d' O'Connor et ses collaborateurs (2005) et a été modifié afin de mieux convenir à une clientèle d'AC (O'Connor, St-Pierre-Delorme & Koszegi, 2013). Le nombre de séances de thérapie était de 24 séances à raison d'une heure trente par semaine et était en format de groupe. Les séances étaient enregistrées et

vérifiées par une personne indépendante du projet afin de s'assurer de l'intégrité des étapes de l'étude. Les dix étapes de la TBI adaptée pour le TAC sont les suivantes: (i) distinguer le doute normal du doute obsessionnel ; (ii) établir la logique du doute TAC ; (iii) le doute TAC est 100 % imaginaire; (iv) comment le TAC devient une expérience vécue ; (v) franchir la frontière du réel; (vi) et (vii) stratagèmes de raisonnement dans le TAC ; (viii) établir la nature sélective du doute imaginaire; (ix) thèmes de vulnérabilité dans les histoires TAC (x) conscience de la réalité et tolérer le vide. Le traitement était exactement le même pour les deux conditions.

RV

Cinq séances d'une heure en RV ont été données aux participants des deux conditions. Ces séances étaient administrées par des psychologues formés à l'utilisation de neuroVR 2.0 et au protocole de traitement établi au préalable. Encore une fois, les séances étaient enregistrées et écoutées par un évaluateur indépendant afin de s'assurer de l'intégrité des étapes de la condition en RV. De plus, les participants n'ont eu aucun contact entre eux entre les séances de RV. Concernant les participants du groupe expérimental, la première rencontre leur permettait de se familiariser avec l'EV et de changer certains éléments de l'environnement afin qu'il soit le plus fidèle possible à leur propre environnement à la maison. La deuxième rencontre avait pour but d'aider le participant à faire le tri à domicile en établissant un plan d'action à partir des éléments qui étaient présents dans l'EV. Les trois dernières rencontres visaient à passer à l'action virtuellement en disposant des objets

préalablement établis par les participants, selon le degré de détresse subjectif exprimé par ceux-ci. Une fois l'objet sélectionné, ils devaient le mettre dans une poubelle virtuelle en 3 dimensions et les participants devaient à nouveau évaluer leur degré d'anxiété et d'inconfort de 0 à 10. À chaque début de rencontre, le thérapeute évaluait la tâche faite à la maison en fonction de ce qui avait été fait la séance précédente. Le thérapeute notait donc les objets qui avaient été triés et ce qui était sorti de la maison. La dernière rencontre permettait également de discuter de la prévention de la rechute et d'établir un plan d'action pour les mois suivants. Le client devait identifier les situations pouvant le mettre à risque de rechuter et écrivait un plan d'action avec le thérapeute afin d'avoir des outils au besoin. De plus, les mesures de présence et de cybermalaises étaient remplies suite à chaque rencontre en RV.

Relativement aux participants contrôles, les étapes de traitement étaient les mêmes, mais la seule différence était que les objets sélectionnés lors du tri et du débarras ne leurs appartenaient pas. Toutefois, le niveau d'anxiété et d'inconfort de 0 à 10 leur était également demandé afin de vérifier s'il y avait présence d'émotions relativement aux objets. Concernant la tâche à la maison, il était demandé aux participants de se débarrasser d'un objet, mais sans spécifier lequel. L'objectif était de voir s'ils allaient disposer d'un objet semblable à celui supprimé dans l'EV.

Résultats

Analyses pré-traitement

Des analyses de variances (âge) et des chi-carré (sexe, statut civil, niveau de scolarité, médication et revenu) ne révèlent pas de différences significatives entre les

groupes ($p > .05$). De plus, aucune différence significative n'existe entre les groupes sur les mesures cliniques au pré-traitement.

Analyses pré-traitement TBI et post-traitement TBI

Questionnaires sur le TAC

Premièrement, la normalité a été vérifiée pour toutes les variables et des analyses ont été conduites considérant si les paramètres étaient rencontrés ou non. Des analyses non paramétriques ont été effectuées sur les variables qui ne rencontraient pas les critères de la normalité et en raison de la petite taille de l'échantillon. Les variables considérées comme non paramétriques étaient les suivantes : la sous-échelle « contrôle » du SCIR et les sous-échelles d'« acquisition » et d'« encombrement » du SIR. Les analyses non-paramétriques de ces variables seront présentées à la suite des analyses paramétriques. De plus, un seuil de signification de .10 a été choisi en raison de la petite taille d'échantillon.

Des tests- t appariés ont été conduits afin de mesurer le changement entre le pré-TBI et le post-TBI pour les mesures d'accumulation compulsive. Malheureusement, le SIR n'a pas été complété par les participants suite à la TBI en raison d'une omission dans le bloc de questionnaire remis aux participants. Les seules mesures disponibles pour le SIR sont entre le pré-TBI et le post-RV. À cet effet, une différence significative a été observée entre le pré-TBI et le post-RV pour le SIR total $t(13) = 4.79, p < .001$ et la sous-échelle de jeter des objets $t(13) = 5.44, p < .001$. Un test de la somme des rangs de Wilcoxon révèle une réduction statistiquement significative pour la sous-échelle d'« acquisition » entre le pré-TBI et le post-RV $z =$

-2.64, $p < .005$, avec une taille d'effet large ($r = .50$). La médiane du score de la sous-échelle d'« acquisition » diminue entre le pré-TBI ($Md = 21$) et le post-RV ($Md = 15$). Aucune différence significative n'a été observée pour la sous-échelle d'« encombrement » entre le pré-TBI et le post-RV $z = -1.03$, $p = .31$.

Une différence significative a été trouvée pour le SCIR total entre le pré-TBI et le post-TBI, $t(13) = 4.59$, $p < .001$ et ses trois sous-échelles: « émotionnel » $t(13) = 2.82$, $p < .05$; « responsabilité » $t(13) = 3.07$, $p < .05$; et « mémoire » $t(13) = 6.07$, $p < .001$.

Un test de la somme des rangs de Wilcoxon révèle une réduction statistiquement significative pour la sous-échelle « contrôle » du SCIR entre le pré-TBI et le post-TBI, $z = -2.80$, $p < .005$, avec une large taille d'effet ($r = .53$). La médiane du score a diminué entre le pré-TBI ($Md = 19$) et le post-TBI ($Md = 15.46$). Aucune différence significative n'a été trouvée entre les différentes images du CIR entre le pré-TBI et le post-TBI (chambre : $t(13) = 1.14$, $p = .27$; cuisine : $t(13) = 1.30$, $p = 2.22$; salon : $t(13) = .54$, $p = .60$). Une ANOVA à mesures répétées a été conduite entre les deux groupes (expérimental et contrôle) pour toutes les mesures du TAC entre le pré-TBI et le post-TBI et aucune interaction significative n'a été observée entre les deux groupes ($p > .05$).

Autres mesures cliniques

Des tests- t appariés ont été conduits et montrent une réduction significative du YBOCS total entre le pré-TBI et le post-TBI $t(13) = 3.21$, $p < .05$ et pour la sous-échelle des « obsessions » $t(13) = 2.77$, $p < .05$. De plus, une différence significative

est observée pour la sous-échelle des « compulsions » $t(13) = 3.21, p < .06$. Il n'y a aucune différence significative pour l'OVIS ; $t(13) = 1.37, p = .20$, le BDI; $t(13) = 1.00, p = .34$, et le BAI; $t(13) = -.09, p = .93$. Afin de mieux comprendre ces résultats, une ANOVA à mesures répétées a été conduite et les résultats démontrent que pour le BAI, une interaction existe entre les deux groupes $F(1,12) = 8.64, p < .05$. En effet, on est en mesure d'observer que les résultats du groupe expérimental ont tendance à augmenter, tandis que ceux du groupe contrôle, à diminuer. En raison d'une sphéricité non respectée, une correction de type Greenhouse-Geisser a été appliquée. Puisque le QPI était anormal et non-transformable, un test de la somme des rangs de Wilcoxon a été conduit. Il n'y avait pas de différence significative entre le pré-TBI et le post-TBI pour le QPI $z = -.72, p = .47$.

Analyses pré-réalité virtuelle et post-réalité virtuelle

Mesures principales

Des ANOVAs à mesures répétées ont été conduites sur la mesure principale d'encombrement, soit le CIR. Concernant les images de la chambre à coucher du CIR, une interaction significative a été observée $F(2,24) = 2.28, p = .10$. Il est possible de qualifier cette interaction de tendance en raison du seuil de signification. De plus, une analyse des contrastes indique une interaction linéaire entre les deux groupes pour le pré-RV et le post-RV $F(1,12) = 7.80, p < .001$. Cette interaction montre que les résultats des participants pour la série d'images de la chambre à coucher du groupe expérimental ont tendance à diminuer dans le temps,

comparativement à ceux du groupe contrôle. Il n'y avait aucune interaction pour les deux autres pièces du CIR, soit la cuisine : $F(2,24) = .16, p = .85$ et le salon $F(2,24) = .90, p = .42$.

Concernant le niveau d'anxiété, des tests-t appariés ont été conduits afin de voir s'il y avait une différence entre la moyenne d'anxiété avant le passage à l'action et après le passage à l'action pour les deux groupes. Une différence significative est observée pour le groupe expérimental $t(6) = 17.67, p < .001$ de même que pour le groupe contrôle $t(6) = 8.00, p < .001$. Un test-t pour groupes indépendants a été conduit et indique une différence entre les deux groupes avant la tâche de passage à l'action en RV $t(12) = 3.36, p < .05$ et après la tâche en RV $t(12) = 3.35, p < .05$.

Mesures secondaires

Une ANOVA à mesures répétées montre un effet principal du temps $F(2,24) = 5.32, p < .05$, mais aucune interaction pour la sous-échelle « émotionnelle » du SCIR $F(2,24) = .97, p = .39$. On observe également un effet principal du temps pour la sous-échelle « responsabilité » du SCIR $F(2,24) = 4.20, p < .05$ et la sous-échelle « mémoire » $F(2,24) = 7.76, p < .05$, mais aucune interaction entre les groupes ($p > .05$). Une correction de Greenhouse-Geisser a été appliquée à ces variables. Finalement, on observe un effet principal du temps pour le SCIR total $F(2,24) = 9.46, p < .001$, mais aucune interaction.

Tel que mentionné précédemment, un effet de temps pré-TBI et post-RV a été trouvé pour le SIR total et deux de ses trois sous-échelles. Une ANOVA à mesures répétées ne démontre aucune interaction entre les groupes pour la sous-échelle « jeter des objets » du SIR $F(1,12) = 2.38, p = .15$ et pour le SIR total $F(1,12) = 1.68, p = .22$. Puisque les sous-échelles d'« encombrement » et d'« acquisition » ne répondaient pas aux contraintes de la normalité, des analyses non-paramétriques ont été conduites. Il n'y a pas de test équivalent pour les analyses à mesures répétées 2x2. Un score composite entre le post-RV et le pré-TBI a donc été calculé et un test U de Mann-Withney a été conduit afin de voir s'il y avait une différence significative entre les deux groupes. Aucune différence n'a été observée pour la sous-échelle « encombrement » pour le groupe expérimental ($Md = 0.00, n = 7$) et le groupe contrôle ($MD = 2.00, n = 7$), $U = 20.00, z = -.58, p = .56, r = .14$. De plus, il n'y avait pas de différence pour la sous-échelle « acquisition » pour le groupe expérimental ($Md = 12.28, n = 7$) et le groupe contrôle ($Md = 3.00, n = 7$), $U = 14.00, z = -1.35, p = .18, r = .36$.

Autres questionnaires cliniques

Une ANOVA à mesures répétées démontre un effet principal du temps pour le score total du YBOCS entre le pré-TBI, le post-TBI et le post-RV $F(2,24) = 3.56, p < .05$, et aucune interaction $F(2,24) = .16, p = .85$. Un effet principal du temps est également observé pour la sous-échelle des « obsessions » $F(2,24) = 4.19, p < .05$, mais pas des compulsions $F(2,24) = 1.13, p = .31$. Aucune interaction n'est observée entre les deux groupes et ce, pour les deux sous-échelles. Une ANOVA à mesures

répétées ne démontre aucun effet principal ($F(2,24) = 2.39, p = .11$) et aucune interaction ($F(2,24) = .24, p = .24$) pour l'OVIS. Toutefois, il y a une tendance linéaire à travers le temps et ce, pour les deux groupes. En effet, le score total a tendance à diminuer pour les deux groupes. Les résultats ne démontrent aucun effet principal pour le BDI ; $F(2,22) = .02, p = .98$ et le BAI ; $F(2,22) = .22, p = .80$. De plus, aucune interaction n'est observée pour le BDI ; $F(2,22) = 1.81, p = .19$. Cependant, on observe une interaction pour le BAI ; $F(2,22) = 3.17, p < .10$. En effet, le score pour le groupe contrôle a tendance à diminuer à travers le temps et celui du groupe expérimental augmente entre le pré-TBI et le post-TBI et diminue au post-RV. Un test U de Mann-Withney ne révèle aucune différence entre les groupes pour le QPI au post-RV; groupe expérimental ($Md = 85, n = 6$) et groupe contrôle ($Md = 82, n = 7$), $U = 19.5, z = -.22, p = .83, r = .06$. Le tableau 2 représente une synthèse de ces résultats. Ainsi, on peut voir les différences pré et post-TBI, de même que les interactions entre les deux groupes pour le post-RV.

Insérer tableau 2 -

Mesures de RV

Des tests-*t* indépendants n'ont révélés aucune différence significative entre les groupes pour toutes les sous-échelles du questionnaire sur l'état de présence. Les scores démontrent un degré élevé de présence pour les deux groupes selon les normes francophones du questionnaire; expérimental $M = 90.96, \acute{E}-T = 3.07$; contrôle $M = 86.98, \acute{E}-T = 20.94$. L'écart-type du groupe contrôle est beaucoup plus large que celle du groupe expérimental. Un test-*t* indépendant ne révèle aucune différence entre

les deux groupes pour le questionnaire sur les cybermalaises. De plus, chaque groupe a obtenu des scores sous la moyenne des scores correspondant aux normes du questionnaire, ce qui est bien (expérimental: $M = 4.6$, $\acute{E}-T = 6.10$; contrôle: $M = 7.27$, $\acute{E}-T = 2.95$).

Comparaison avec un groupe contrôle non concurrent

Puisque l'échantillon ne permettait pas la création d'une troisième condition, soit un groupe contrôle sans traitement actif, il est toutefois possible de comparer les résultats de l'étude avec ceux recueillis auprès d'un groupe de comparaison non concurrent. Ces participants ont été recrutés de la même façon que les participants de l'échantillon et ceux-ci ont participé au premier groupe de thérapie ayant eu lieu au centre de recherche Fernand-Seguin, alors que les EV n'étaient pas encore créés. Ils ont reçus le même protocole de thérapie, soit la TBI et le même thérapeute a animé les séances. Des mesures ont été prises au pré-traitement, au post-traitement et six mois après la complétion de la thérapie. Les résultats ne montrent aucune différence clinique et statistique sur les mesures d'encombrement entre le pré-TBI et le post-TBI tel que mesuré par le CIR; chambre à coucher : $z = .00$, $p = 1.0$; cuisine: $z = -1.00$, $p = .32$; salon : $z = .00$, $p = 1.00$. Cela est également le cas pour les mesures entre le post-TBI et le post- 6 mois ; chambre à coucher: $z = .00$, $p = 1.0$; cuisine : $z = -1.41$, $p = .20$; salon : $z = .00$, $p = 1.00$. En effet, les résultats obtenus pour les trois pièces ont une tendance à augmenter à travers le temps.

Relativement aux mesures secondaires, le YBOCS diminue significativement entre le pré-TBI et le post-TBI : $z = -1.6, p < .10.$, avec une large taille d'effet ($r = .57$). La médiane du score a diminué entre le pré-TBI ($Md = 21.50$) et le post-TBI ($Md = 17.00$). La sous-échelle des obsessions diminue significativement $z = -1.83, p < .10.$, avec une large taille d'effet ($r = .65$). La médiane du score a diminué entre le pré-TBI ($Md = 11.00$) et le post-TBI ($Md = 8.50$). Toutefois, on n'observe aucun changement pour la sous-échelle des compulsions : $z = -.38, p = .71$. Il n'y a aucune différence significative pour le YBOCS total entre le post-TBI et le suivi 6 mois : $z = -.00, p = 1.00$.

Il n'y a pas de différence significative entre le pré-TBI et le post-TBI pour l'OVIS : $z = -.37, p = .72$ et le BDI : $z = -.92, p = .36$. On observe une différence significative pour le QPI $z = -1.60, p < .10.$, avec une large taille d'effet ($r = .60$). La médiane du score a diminué entre le pré-TBI ($Md = 76.00$) et le post-TBI ($Md = 65.50$).

On observe également une différence significative pour le BAI : $z = -1.83, p = .06.$, avec une large taille d'effet ($r = .65$). La médiane du score a diminué entre le pré-TBI ($Md = 16.50$) et le post-TBI ($Md = 7.00$). Il n'y a aucune différence significative pour tous ces questionnaires entre le post-TBI et le suivi 6 mois.

Concernant les mesures secondaires du TAC, aucune diminution significative n'est observée pour le SIR total et les sous-échelles «encombrement» et «jeter des objets» entre le pré-TBI et le suivi 6 mois. Une différence significative est observée pour la sous-échelle «acquisition» $z = -1.63, p < .10.$, avec une large taille d'effet (r

=.62). La médiane du score a diminué entre le pré-TBI ($Md = 2.00$) et le suivi 6 mois ($Md = .00$). Aucune mesure n'avait été prise lors du post-TBI, comme pour l'échantillon de l'étude.

Relativement au SCIR, aucune différence significative n'est observée entre le pré-TBI et le post-TBI pour le total ainsi que les trois sous-échelles suivantes : «émotionnel», «responsabilité» et «mémoire». Une différence significative est observée pour la sous-échelle «contrôle» entre le pré-TBI et le post-TBI $z = -1.63, p < .10.$, avec une large taille d'effet ($r = .62$). La médiane du score a diminué entre le pré-TBI ($Md = 2.00$) et le post-TBI ($Md = .00$). Aucune différence significative n'est observée entre le post-TBI et le suivi 6 mois pour le SCIR et ses sous-échelles.

Discussion

Suite à la thérapie basée sur les inférences, les participants des trois groupes ont obtenu une amélioration significative pour les cognitions relatives à l'accumulation compulsive. Il en est de même pour les mesures d'obsessions et compulsions puisque les résultats diminuent significativement et ce, pour les deux groupes. Toutefois, aucune différence n'est observée sur les mesures de dépression et des processus inférentiels. De plus, aucune différence n'est observée sur la mesure d'encombrement des pièces, soit le CIR. Cela concorde avec les études rapportant que les AC ont beaucoup de difficulté à passer à l'action. Concernant la mesure de dépression, les participants ont exprimé qu'ils auraient aimé avoir des séances supplémentaires. La majorité de ceux-ci se disaient découragés face à l'encombrement de leur domicile et ne voyait pas de progrès face à cet aspect de leur

problématique. Relativement aux idées surévaluées, même si l'OVIS ne diminue pas significativement, les échelles cliniques démontrent une diminution du doute primaire de 40 %. Ce résultat peut être attribuable au fait que l'OVIS mesure une seule idée surévaluée, tandis que les échelles cliniques sont plus exhaustives et prennent en compte toutes les idées surévaluées des participants.

Tel qu'attendu, les résultats aux mesures de RV démontrent un bon sentiment de présence durant l'expérimentation, une bonne immersion et peu de cybermalaises. Les résultats confirment l'hypothèse que l'EV non immersif permet de créer un sentiment de présence et un sentiment d'immersion, ce qui peut contribuer à la génération d'émotions lors de l'utilisation de l'EV.

Relativement au niveau d'anxiété durant les tâches en RV, il est observé que les deux groupes vivent de l'anxiété durant les rencontres, ce qui va à l'encontre de l'hypothèse de départ qui stipulait que la condition contrôle active ne ressentirait pas d'anxiété de façon significative. Toutefois, une différence significative est observée entre les groupes. En effet, les participants du groupe expérimental ont significativement plus d'anxiété que le groupe contrôle durant la tâche de passage à l'action effectué dans l'EV. Suite à la tâche en RV, les participants du groupe contrôle ont significativement moins d'anxiété que le groupe expérimental. Cela peut être expliqué par le fait que l'EV expérimental utilise les objets personnels des individus, tandis que l'EV contrôle utilise des objets n'appartenant pas aux AC. Ceci étant dit, le sentiment d'attachement n'est pas le même pour les participants des deux conditions.

Suite à la RV, on observe une interaction entre les groupes pour la mesure principale d'encombrement, soit les images de la chambre à coucher. En effet, le niveau d'encombrement du groupe expérimental a tendance à diminuer tandis que celui du groupe contrôle, à augmenter. Cela peut signifier que le passage à l'action a permis, pour les participants du groupe expérimental, de se départir de significativement plus d'objets dans leur chambre à coucher. Il semblerait que le passage à l'action dans le groupe contrôle n'a pas permis de se débarrasser d'objets dans cette même pièce, car au contraire, le score a tendance à augmenter. Toutefois, il est à noter que, pour les participants du groupe expérimental, la majorité des photos sélectionnées provenait de leur chambre à coucher.

On observe également une diminution des résultats à travers le temps, suite à la RV, pour les cognitions reliées aux symptômes d'accumulation « responsabilité », « émotionnelle » et « mémoire » de même que pour le total. Les scores du SIR total et les sous-échelles « acquisition » et « jeter des objets » diminuent également à travers le temps, de même que l'échelle d'obsessions et compulsion ainsi que la sous-échelle des « obsessions ». Les idées surévaluées ont également une tendance à diminuer à travers les trois temps de mesures, soit le pré-TBI, le post-TBI et le post-RV.

Finalement, une interaction significative est observée entre les groupes pour la mesure d'anxiété. Les résultats du groupe expérimental augmentent légèrement au post-TBI et diminuent au post-RV, tandis que ceux du groupe contrôle tendent à diminuer à travers le temps. Cela peut être expliqué par le fait que les individus du groupe expérimental ont dû remettre des photographies numériques de leur maison,

afin que l'on puisse créer leur EV. Cela peut avoir causé plus d'anxiété, car plusieurs d'entre eux ont mentionné avoir des craintes par rapport à ce qui allait se passer durant les séances de RV.

Finalement, la comparaison du groupe expérimental avec les résultats du groupe contrôle et du groupe de comparaison non concurrent démontre que la condition en RV semble être un outil accessible et intéressant pour amener le participant à passer à l'action à domicile. De plus, les résultats du groupe de comparaison montrent également que la TBI est une approche prometteuse dans le traitement du TAC puisqu'il est possible d'observer une certaine amélioration des symptômes du TAC chez les participants.

Les limites de cette étude sont principalement la petite taille et l'absence d'un groupe contrôle passif. De plus, il aurait été intéressant de prendre des mesures à des temps de mesures subséquents, soit au post 3 mois et post 6 mois. Suite aux évaluations cliniques du post-RV, certains participants ont mentionné avoir éprouvé des difficultés durant la TBI et la RV. Il aurait donc été intéressant de considérer les données qualitatives et de les analyser. Par exemple, les participants rapportaient des problématiques telles que la faillite, des idées suicidaires, la maladie ou la mort d'un proche, l'éviction de leur appartement et la perte d'un emploi. Ces éléments sont également corroborés par les psychologues ayant intervenu auprès des participants. Les participants de même que les psychologues ont nommé ces événements comme ayant freiné la progression des participants. Il est donc important de les considérer

puisque ce type d'événements de vie peut miner considérablement le succès thérapeutique.

De plus, d'autres éléments doivent être pris en compte pour de futures recherches. En effet, il serait intéressant de comparer la condition expérimentale à une condition contrôle passive ou une liste d'attente. Bien que les résultats soient comparés à un groupe contrôle non concurrent et n'ayant reçu aucune RV, ceux-ci n'ont pas été assignés aléatoirement dans cette condition. Puisque plusieurs études incluent les visites à domicile, il serait intéressant de rajouter une condition contrôle active comparant la RV et les visites à domicile. De surcroît, cinq rencontres de RV semblent être limitées afin d'observer des résultats significatifs sur les mesures du TAC. En effet, les environnements sont souvent très encombrés et nécessitent beaucoup de travail de désencombrement afin de voir des résultats satisfaisants.

En conclusion, il apparaît que la RV non immersive est accessible et suscite un ÉP et d'immersion chez les participants souffrant d'un TAC. De plus, elle permet de susciter des émotions lors des tâches de tri et de désencombrement en virtuel. Il semble également que la personnalisation de l'EV pourrait aider les AC à désencombrer leur environnement comme c'est le cas de la chambre à coucher. Enfin, seulement deux abandons ont eu lieu en cours de traitement, ce qui est peu, comparativement à la majorité des études faites auprès de cette population. Il semble donc que la RV peut s'avérer moins envahissante pour les individus. Finalement, les participants ont également mentionné que d'avoir fait un tri virtuel et d'avoir jeté des objets virtuellement les avaient aidés à passer à l'action et que cela avait généré moins

de détresse et d'anxiété à la maison. Ils rapportent une satisfaction générale relativement à la TBI et la RV.

Références

- Aardema, F., O'Connor, K.P., Emmelkamp, P. M., Marchand, A., & Todorov, C. (2005). Inferential confusion in obsessive-compulsive disorder: The inferential confusion questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 43(3), 293-308.
- Aardema, F., Wu, K. D., Careau, Y., O'Connor, K., Julien, D., & Dennie, S. (2010). The expanded version of the inferential confusion questionnaire: Further development and validation in clinical and non-clinical samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(3), 448-462.
- American, Psychiatric, & Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5 ed.): American Psychiatric Publication.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety : psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Botella, C., Quero, S., Banos, R. M., Perpina, C., Garcia Palacios, A., & Riva, G. (2004). Virtual reality and psychotherapy. *Studies in Health Technology and Informatics*, 99, 37-54.

- Bouchard, S., Robillard, G., & Renaud, P. (2007). Revising the factor structure of the Simulator Sickness Questionnaire. *Acte de colloque du Annual Review of CyberTherapyand Telemedicine*, 5, 117-122.
- Christensen, D. D., & Greist, J. H. (2001). The challenge of obsessive-compulsive disorder hoarding. *Primary Psychiatry*, 8, 79-86.
- Difede, J., Cukor, J., Jayasinghe, N., Patt, I., Jedel, S., Spielman, L., Giosan, C., & Hoffman, H. G. (2007). Virtual reality exposure therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder following September 11, 2001. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(11), 1639-1647.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured clinical interview for DSM-IV axis 1 disorders – Patient edition (SCID-I/P)* (2nd ed.). New-York, NY, New York State Psychiatric Institute: Biometrics Research Department.
- Freeston, M., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & Rhéaume, J. (1994). L'Inventaire d'anxiété de Beck – Propriétés psychométriques d'une traduction française. *L'Encéphale*, 20, 47-55.
- Frost, R. O., Steketee, G., & Grisham, J. (2004). Measurement of compulsive hoarding: saving inventory-revised. *Behaviour Research and Therapy*, 42(10), 1163-1182. doi: DOI: 10.1016/j.brat.2003.07.006
- Frost, R. O., Steketee, G., Tolin, D. F., & Renaud, S. (2008). Development and Validation of the Clutter Image Rating. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30(3), 193-203. doi: 10.1007/s10862-007-9068-7

- Frost, R. O., Tolin, D. F., & Maltby, N. (2010). Insight-Related Challenges in the Treatment of Hoarding. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*(4), 404-413.
doi: DOI: 10.1016/j.cbpra.2009.07.004
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry, 46*(11), 1012-1016.
- Gorini, A., Pallavicini, F., Algeri, D., Repetto, C., Gaggioli, A., & Riva, G. (2010). Virtual reality in the treatment of generalized anxiety disorders. *Studies in Health Technology and Informatics, 154*, 39-43.
- Kennedy, R. S., Lane, N. E., Berbaum, K. S., & Lilienthal, M. G. (1993). Simulator Sickness Questionnaire: An enhanced method for quantifying simulator sickness. *International Journal of Aviation Psychology, 3*(3), 203-220.
- Kim, K., Kim, C. H., Cha, K. R., Park, J., Han, K., Kim, Y. K., Kim, J.J., Kim, I. Y., & Kim, S. I. (2008). Anxiety provocation and measurement using virtual reality in patients with obsessive-compulsive disorder. *Cyberpsychology and Behavior, 11*(6), 637-641.
- Kim, K., Kim, C. H., Kim, S. Y., Roh, D., & Kim, S. I. (2009). Virtual reality for obsessive-compulsive disorder: past and the future. *Psychiatry Investigation, 6*(3), 115-121.
- Klinger, E., Bouchard, S., Legeron, P., Roy, S., Lauer, F., Chemin, I., & Nugues, P. (2005). Virtual reality therapy versus cognitive behavior therapy for social

phobia: a preliminary controlled study. *Cyberpsychology and Behavior*, 8(1), 76-88.

Michaliszyn, D., Marchand, A., Bouchard, S., Martel, M. O., & Poirier-Bisson, J.

(2010). A randomized, controlled clinical trial of in virtuo and in vivo exposure for spider phobia. *Cyberpsychology Behavior and Social Network*, 13(6), 689-695. doi: 10.1089/cyber.2009.0277

Muroff, J., Bratnott, C., & Steketee, G. (2011). Treatment for hoarding behaviors: A review of the evidence. *Clinical Social Work Journal*, 39(4), 406-423. doi: 10.1007/s10615-010-0311-4

Neziroglu, F., McKay, D., Yaryura-Tobias, J. A., Stevens, K. P., & Todaro, J. (1999). The Overvalued Ideas Scale: development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 37(9), 881-902.

O'Connor, K., Aardema, F., & Pélissier, M.-C. (2005). *Beyond Reasonable Doubt: Reasoning Processes in Obsessive-Compulsive Disorder and Related Disorders*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

O'Connor, K., Bertrand, M., St-Pierre, E., & Delorme, M.-E. (2011). *Virtual hoarding: Development of a virtual environment for compulsive accumulation*. Paper presented at the Cybertherapy and cyberpsychology, Gatineau.

- Parsons, T. D., & Rizzo, A. A. (2008). Affective outcomes of virtual reality exposure therapy for anxiety and specific phobias: a meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(3), 250-261.
- Perpina, C., Roncero, M., Fernandez-Aranda, F., Jimenez-Murcia, S., Forcano, L., & Sanchez, I. (2013). Clinical validation of a virtual environment for normalizing eating patterns in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 54(6), 680-686. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.01.007
- Powers, M. B., & Emmelkamp, P. M. (2008). Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 561-569.
- Riva, G. (2005). Virtual reality in psychotherapy: review. *Cyberpsychology and Behavior*, 8(3), 220-230; discussion 231-240.
- Riva, G. (2009). Virtual reality: an experiential tool for clinical psychology. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37(3), 337-345. doi: 10.1080/03069880902957056
- Riva, G., Bacchetta, M., Cesa, G., Conti, S., & Molinari, E. (2004). The use of VR in the treatment of eating disorders. *Studies in Health Technology and Informatics*, 99, 121-163.
- Robillard, G., Bouchard, S., Fournier, T., & Renaud, P. (2003). Anxiety and presence during VR immersion: a comparative study of the reactions of phobic and non-phobic participants in therapeutic virtual environments derived from computer games. *Cyberpsychology and Behavior*, 6(5), 467-476.

- Robillard, G., Bouchard, S., Renaud, P., & Cournoyer, (2002). Validation canadienne-française de deux mesures importantes en réalité virtuelle : L'Immersive Tendencies Questionnaire et le Presence Questionnaire. Poster presented at the 25^{ième} congrès de la Société Québécoise pour la recherche en psychologie (SQRP), Trois-Rivières.
- Rothbaum, B. O., Anderson, P., Zimand, E., Hodges, L., Lang, D., & Wilson, J. (2006). Virtual reality exposure therapy and standard (in vivo) exposure therapy in the treatment of fear of flying. *Behavior Therapy*, 37(1), 80-90.
- Rothbaum, B. O., Rizzo, A. S., & Difede, J. (2010). Virtual reality exposure therapy for combat-related posttraumatic stress disorder. *Annual of the New York Academy of Sciences*, 126-132.
- Steketee, G., & Frost, R. (2003). Compulsive hoarding: current status of the research. *Clinical Psychology Review*, 23(7), 905-927.
- Steketee, G., Frost, R. O., & Kyrios, M. (2003). Cognitive Aspects of Compulsive Hoarding. *Cognitive Therapy and Research*, 27(4), 463-479. doi: 10.1023/a:1025428631552
- Steketee, G., Frost, R. O., Wincze, J., Greene, K., & Douglass, H. (2000). Group and individual treatment of compulsive hoarding: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28, 259-268.
- Taylor, S. (1995). Assessment of obsessions and compulsions: reliability, validity, and sensitivity to treatment effects. *Clinical Psychology Review*, 15, 261-297.

Vézina, D., Freeston, M., Soucy, I., Poulio, t. M.-J., Richard, A., & Ladouceur, R.

(1995). *Le nombre et l'intensité des principaux symptômes obsessionnels-compulsifs*. Paper presented at the XVIIIe Congrès de la Société Québécoise de la Recherche en Psychologie, Ottawa.

Wincze, J., Steketee, G., & Frost, R. (2002). *Categorization in obsessive compulsive hoarding*. Unpublished manuscript.

Witmer, B. G., & Singer, M. J. (1998). Measuring presence in virtual environments: A presence questionnaire. *Presence: Teleoperators and Virtual Environments*, 7(225-240).

Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2001). Attainment and maintenance of reliability of axis I and II disorders over the course of a longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 42(5), 369-374.

Tableau 1. Données démographiques

Variables	Expérimental		Contrôle	
	Moyenne	<i>É-T</i>	Moyenne	<i>É-T</i>
Âge	50,71	7,70	50,00	11,74
	Fréquence	%	Fréquence	%
Niveau d'éducation				
Primaire	0	0	0	0
Secondaire	1	14,29	3	42,86
CÉGEP	0	0	1	14,29
Université	6	85,71	3	42,86
Revenu individuel				
10 000\$ à 19 999\$	2	28,57	1	14,29
20 000\$ à 29 999\$	2	28,57	3	42,86
30 000\$ à 39 999\$	2	28,57	1	14,29
40 000\$ à 59 999\$	0	0	1	14,29
60 000\$ et plus	1	14,29	1	14,29
Statut civil				
Célibataire	3	42,86	3	42,86
Marié ou en relation	2	28,57	3	42,86
Divorcé ou séparé	1	14,29	0	2,86
Veuf/ve	1	14,29	1	14,29
Occupation				
Temps plein	4	57,14	2	28,57
Temps partiel	1	14,29	1	14,29
Sans employ	2	28,57	4	57,14
Médication				
Antidépresseurs	3	42,86	3	42,86
Aucune médication	4	57,14	4	57,14

Figure 1. Salon de l'environnement contrôlé



Tableau 2. Tableau des moyennes et écart-types des mesures cliniques

Mesures	Expérimental				Contrôle			
	N	Pré	Post	Post-RV	N	Pré	Post	Post-RV
YBOCS								
Total	7	20.86 (4.74)	17.57 (4.16)*	18.43 (5.32)	7	21.71 (3.04)	18.86 (3.48)*	20.57 (5.00)
Obsessions	7	9.86 (2.34)	8.71 (2.36)*	8.71 (2.87)	7	11.43 (2.07)	8.86 (2.79)*	9.71 (3.59)
Compulsions	7	8.38 (2.83)	8.86 (1.95)*	9.71 (2.69)	7	10.29 (1.80)	10.00 (1.41)*	10.86 (1.68)
OVIS	7	61.43 (7.91)	50.71 (9.46)	51.57 (7.50)	7	61.28 (10.14)	61.43 (11.87)	58.29 (9.23)
BAI	7	8.83 (3.06)	12.83 (5.64)	11.83 (7.46)*	7	14.16 (14.90)	11.50 (13.09)	10.50 (11.88)*
BDI	7	22.29 (13.15)	21.86 (12.47)	23.67 (15.07)	7	20.57 (14.02)	20.57 (14.02)	17.00 (11.89)
SIR total	7	71.71 (10.90)	-	67.43 (17.23)	7	67.42 (7.96)	-	58.85 (7.36)
Encombrement	7	27.20 (6.57)	-	28.00 (9.05)	7	28.86 (3.67)	-	27.57 (5.44)
Jeter des objets	7	22.87 (3.12)	-	15.91 (5.70)	7	20.86 (4.38)	-	16.86 (3.98)
Acquisition	7	21.80 (3.35)	-	16.00 (5.20)	7	17.71 (5.56)	-	14.43 (4.79)
SCIR total	7	109.69 (20.76)	92.79 (22.89)**	97.70 (10.34)	7	111.98 (24.73)	88.93 (22.20)**	90.14 (17.18)
Émotionnel	7	44.08 (11.30)	37.54 (14.13)*	40.68 (4.45)	7	45.08 (14.88)	36.68 (12.60)*	34.86 (10.71)
Responsabilité	7	24.71 (7.01)	19.53 (4.04)*	19.49 (6.64)	7	25.28 (6.99)	19.38 (6.90)*	21.43 (4.28)
Mémoire	7	22.55 (7.48)	19.52 (6.55)**	20.41 (5.86)	7	23.11 (6.67)	17.52 (6.50)**	17.29 (5.53)
Contrôle	7	18.33 (2.42)	16.21 (3.74)*	17.12 (1.58)	7	18.40 (1.34)	15.35 (1.70)*	16.57 (2.57)
QPI	7	78.71 (26.87)	83.67 (24.06)	85.50 (23.80)	7	78.43 (40.88)	61.29 (34.32)	86.14 (52.35)
CIR	7	4.66 (2.13)	3.58 (1.52)	3.41 (1.90)*	7	4.57 (2.44)	4.72 (1.97)	4.28 (2.21)*
Chambre	7	4.59 (2.29)	4.08 (2.13)	4.12 (2.41)	7	3.71 (1.11)	3.37 (1.25)	3.57 (1.51)
Cuisine	7	4.18 (1.57)	3.87 (2.19)	4.32 (1.89)	7	4.29 (2.43)	4.29 (1.60)	4.14 (1.72)
Salon	7				7			

Note. * = $p < .10$, ** = $p < .001$; YBOCS = Yale Brown Obsessive-compulsive Scale; OVIS = Overvalued Ideation Scale; BAI = Beck Anxiety Inventory; BDI = Beck Depression Inventory; SIR = Saving Inventory Revised; SCIR = Saving Cognition Inventory Revised; QPI = Questionnaire sur les processus inférentiels = CIR = Clutter Image Rating

CHAPITRE IV

DISCUSSION GÉNÉRALE

DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce dernier chapitre constitue une discussion globale des résultats généraux obtenus dans la recension des écrits scientifiques de même que les deux articles empiriques de cette thèse. Les éléments suivants seront abordés : 1) le programme d'intervention en réalité virtuelle (RV) 2) les considérations méthodologiques en termes de forces et de limites, 3) les pistes de recherche futures et 4) les recommandations aux cliniciens.

4. 1 Synthèse du contenu et des principaux résultats de la thèse

L'objectif premier de la recension des écrits scientifiques était de dresser un portrait des connaissances relatives au TAC en abordant tous les aspects recensés dans les écrits. Cet article est donc un détail des facteurs de développement du TAC, des aspects biologiques, psychologiques et des comorbidités reliées à la problématique, des facteurs de maintien et des conséquences. Les modèles explicatifs, les étapes de la thérapie, une recension des études de traitement ainsi que la présentation d'un modèle alternatif à la thérapie cognitive-comportementale (TCC) sont également abordés.

Il nous est possible de constater que des lacunes existent dans les traitements actuels, que ce soit avec la médication ou la thérapie TCC. Le taux d'abandon est souvent très élevé et le traitement s'avère plus long qu'avec d'autres troubles tels que les troubles anxieux. Les AC présentent également des comportements qui viennent interférer avec la thérapie tels que la non assiduité aux rencontres. Plusieurs tentatives ont été mises en place afin de pallier à ces lacunes, soit en incluant des séances d'entrevue motivationnelle, en offrant la thérapie en format de groupe et en augmentant le nombre de rencontres de psychothérapie. Même si ces ajouts démontrent une certaine

efficacité, il n'en demeure pas moins que certains aspects méritent d'être pris en considération afin d'améliorer le taux d'efficacité de la thérapie.

Le modèle TCC développé par Frost et Hartl (1996) est à ce jour le seul modèle employé pour expliquer le développement et le maintien du TAC. Toutefois, tel que mentionné dans le premier article, certains éléments prédisposants tels que la présence de déficits dans les processus d'information, ne concordaient point avec nos observations cliniques et les résultats aux entrevues cliniques. C'est donc à partir de ces observations, des résultats obtenus aux questionnaires de même qu'en psychothérapie, que l'idée de présenter un modèle explicatif basé sur les principes développés par O'Connor et ses collaborateurs est née. Le modèle développé par O'Connor et ses collègues (2013) se veut un modèle plus intégratif prenant compte des aspects égosyntones présents chez les AC et le surinvestissement de leur pensées tel que mentionné par de nombreux auteurs. L'équipe a également écrit un manuel de traitement adressé aux thérapeutes de même qu'aux personnes souffrant de la problématique (O'Connor et al., 2013). La TBI a d'abord été développée pour les gens souffrant de TOC avec des idées surévaluées (IS). Les résultats démontraient une réduction significative des mesures du TOC, d'idées surévaluées, d'anxiété et de dépression et ce, pour 92 participants. En considérant que les AC ont également des IS, le traitement a été adapté pour répondre aux besoins de cette clientèle. L'article présente donc ce modèle accompagné des étapes de la thérapie et des données récentes sur l'efficacité de la TBI auprès des AC.

Le deuxième article était la présentation d'un cas clinique basé sur cette adaptation de la TBI pour le TAC tel que présenté dans le premier chapitre. Ce choix s'avérait adéquat en raison que l'adaptation de la TBI pour le TAC s'effectuait dans le cadre d'une étude exploratoire. La présentation du cas clinique a permis d'avoir un aperçu du traitement en approfondissant l'histoire du cas, les manifestations cliniques et le

cours du traitement. De plus, le cas unique nous permet de voir la variabilité intrasujet sur le plan clinique. Puisque la TBI est une approche majoritairement cognitive, le narratif de la personne a été mis à l'avant-plan afin de comprendre comment celui-ci pouvait influencer l'identité de la participante. Les résultats cités dans cet article démontrent une diminution cliniquement significative des mesures reliées aux symptômes cliniques telles que l'anxiété, la dépression et les mesures relative à l'accumulation compulsive. Comme mentionné dans le premier chapitre, la TBI a été adaptée pour répondre aux besoins des AC. En effet, puisque la nature de leurs obsessions est souvent égocytone et surinvestie, l'importance du narratif devient alors essentielle, car le thérapeute pourra travailler de façon plus ciblée et donner accès aux erreurs de raisonnement à l'individu. En effet, le narratif permet de travailler les erreurs de raisonnement qui sont à la base du modèle TBI. De plus, la modification du narratif par le client l'aidera à diminuer la confusion inférentielle créée par ses croyances et ainsi être en mesure de réintégrer une identité non axée sur les symptômes d'AC.

Le troisième article de cette thèse visait à comparer l'efficacité d'un traitement TBI avec une condition de réalité virtuelle expérimentale et une condition contrôle active. Cette étude est en lien avec les recommandations émises dans la recension des écrits scientifiques de la thèse, soit que l'ajout d'une composante en RV pourrait pallier aux difficultés reliées au déplacement à domicile et aux coûts reliés à celui-ci. De plus, l'expérimentation décrite dans cet article se faisait de façon non immersive, à l'aide d'une plateforme gratuite et disponible sur internet, soit *NeuroVR 2.0*. L'expérimentation de cet article se base sur l'étude pilote effectuée par Bertrand, O'Connor, St-Pierre et St-Pierre-Delorme, 2010. Trois participants avaient participé à une étude exploratoire et les résultats démontraient que l'utilisation d'environnements personnalisés suscitait des émotions d'anxiété et d'inconfort et sensibilisaient les participants à passer à l'action.

L'objectif premier était d'explorer si le développement d'environnements utilisant les objets des AC allait les aider à faire le tri et à se débarrasser des objets à leur domicile. En effet, l'une des hypothèses émises était que les tâches en RV allaient favoriser le développement d'habiletés d'organisation et de disposition des objets chez les participants du groupe expérimental. Ceci étant dit, on s'attendait à ce que les participants du groupe expérimental s'améliorent plus que le groupe contrôle sur la mesure d'encombrement des pièces. Une seconde hypothèse soutenait le fait que l'environnement expérimental susciterait plus d'anxiété chez les participants du groupe expérimental que le groupe contrôle puisque l'EV contrôle était créé à partir d'objets n'appartenant pas aux AC et finalement, il était attendu que l'EV non immersif susciterait un état de présence et d'immersion.

Quatorze participants ont été aléatoirement randomisés dans deux conditions suite à 20 séances de TBI pour le TAC. Chacun a assisté à cinq séances de RV. Le tri et la suppression d'objets en RV a généré de l'anxiété dans les deux groupes tel que rapporté par les participants. De plus, les thérapeutes rapportent que la RV a eu un impact motivationnel. En effet, ceux-ci mentionnent que les participants ont tous passé à l'action à la maison, c'est-à-dire qu'ils ont fait le tri et désencombré, suite aux rencontres en RV. Tous les participants ont rapporté un inconfort face à l'encombrement des environnements virtuels. Suite à la TBI, les résultats aux questionnaires ont montré une amélioration significative des symptômes du TAC et des obsessions et compulsions. Concernant la mesure principale d'encombrement, une différence significative est observée entre les groupes au post-RV pour les images de la chambre à coucher. Il n'y avait pas d'interaction pour les deux autres pièces, soit la cuisine et le salon. En effet, l'encombrement de la chambre à coucher rapporté par les participants du groupe expérimental avait tendance à diminuer, tandis que celui du groupe contrôle, à augmenter. Cela peut s'expliquer par le fait que les AC du groupe expérimental avaient tendance à jeter plus d'items que les gens du

groupe contrôle lorsque venait le temps de répliquer l'expérimentation en RV à la maison. La comparaison de nos résultats avec un groupe contrôle non concurrent montre que la condition en RV peut s'avérer efficace en ce qui concerne le passage au désencombrement dans la maison. Aucune différence n'a été observée sur la mesure principale d'encombrement, soit le CIR entre le pré-traitement, le post-traitement et le suivi 6 mois pour ce groupe.

Concernant la première hypothèse, celle-ci est en partie confirmée puisque les AC du groupe expérimental ont une amélioration statistiquement significative de l'encombrement de la pièce à coucher comparativement au groupe contrôle. Relativement à la seconde hypothèse, celle-ci est en partie infirmée puisque les deux groupes ont ressenti de l'anxiété durant les tâches en RV. Toutefois, il y avait une différence statistiquement significative relativement au niveau d'anxiété suite au passage à l'action en RV. Finalement, la dernière hypothèse est confirmée puisque l'EV non immersif a suscité un état de présence et d'immersion chez tous les participants prenant part à la RV.

Puisqu'il s'agissait d'une première étude employant la RV pour les AC, quelques recommandations sont également émises dans la section 4.2.2 afin d'améliorer le protocole de traitement.

4.2. Considérations méthodologiques

Cette section se veut un résumé des principales forces et limites de la présente recherche. Puisque le premier article de cette thèse représente une recension des écrits scientifiques, les limites et forces présentées feront références aux articles des chapitres 2 et 3.

4.2.1 Limites des études

- La principale limite de cette recherche doctorale est la taille de l'échantillon et ce, pour les deux études. Concernant la présentation du cas unique, il est certain qu'une étude de cas demeure une limite en soi en raison qu'il est impossible de généraliser les résultats à l'ensemble des personnes souffrant de TAC. Concernant le troisième article empirique, la puissance statistique de l'étude est diminuée, ce qui constitue une limite importante. Un échantillon de 24 participants aurait été souhaitable afin d'obtenir une puissance statistique de 70 %. Toutefois, les analyses statistiques ont été choisies en tenant compte de cette limite précise et des analyses non paramétriques ont été effectuées lorsque les variables ne répondaient pas aux postulats de la normalité.
- Une seconde limite importante est l'absence de groupe contrôle sans condition active ou de liste d'attente. En effet, bien que nous ayons comparé nos résultats à un groupe contrôle non concurrent, les participants de ce groupe n'ont pas été assigné aléatoirement au sein du protocole de recherche.
- Un autre élément à considérer est le fait que certaines des traductions des questionnaires n'ont pas été validées en français. Ceci est notamment le cas pour toutes les mesures d'accumulation compulsive. Bien que les versions originales possèdent de bonnes qualités psychométriques et que les questionnaires ont été traduits par une personne bilingue, il est important de procéder à l'éventuelle validation de ceux-ci. Toutefois, toutes les traductions des questionnaires ont été faites selon un processus de rétro-translation afin de s'assurer de la correspondance des items traduits avec les questionnaires originaux (Vallerand, 1999).

- Concernant la RV, plusieurs limites sont inhérentes au logiciel utilisé. En effet, l'utilisation d'une plateforme accessible gratuitement comporte un lot d'avantages mais également un lot d'inconvénients. D'abord, le déplacement dans l'espace était difficile pour les participants. Bien que l'utilisation de la souris facilitait la tâche, les déplacements n'étaient pas fluides et les participants s'en plaignaient. De plus, le logiciel ne permettait pas la personnalisation complète de l'EV. Dans la version 1.0 de NeuroVR, il était possible d'obtenir les environnements sans la présence d'objets. Dans la version 2.0, il était impossible de retirer la bibliothèque, le tapis léopard et certaines décorations murales de l'EV. Il est à noter que ces éléments représentaient des accessoires très voyants et que les participants le mentionnait dès la première rencontre.
- Il s'avère également que le nombre de séances en RV semble être limité. On s'attendait à ce que cinq séances soient suffisantes du fait que les participants venaient de compléter 20 rencontres de thérapie hebdomadaire. Toutefois, peu de différences significatives ont été observées entre le post-TBI et le post-RV sur la mesure principale d'encombrement et les autres mesures. Par contre, une différence significative a été observée entre le groupe expérimental et le groupe contrôle pour la mesure d'encombrement de la chambre à coucher. De plus, les commentaires des participants suite à la RV portent à croire qu'ils ont bénéficié des rencontres de RV puisqu'ils mentionnent avoir fait le tri et le débarras des objets ciblés en thérapie. À cet effet, ils ont mentionné qu'ils auraient aimé plus de séances de thérapie afin de pouvoir plus désencombrer leur environnement.
- Une dernière limite de la troisième étude est le fait que les réponses qualitatives des participants n'ont pas été considérées et analysées. Ceci étant

dit, les réponses auto-rapportées des participants étaient fort intéressantes et ont été mentionnées dans l'étude. Toutefois, la passation d'entrevues structurées aurait pu permettre des analyses qualitatives plus rigoureuses et des résultats intéressants.

4.2.2 Forces de l'étude

- Malgré les limites présentées, l'étude présente des forces importantes et non négligeables. Premièrement, même si le premier article est constitué d'une recension des écrits scientifiques, il est important de mentionner qu'il s'agit de la première publication francophone sur le TAC. De plus, il s'agit également de la première étude qui compare les différents modèles explicatifs du TAC en abordant les caractéristiques des modèles TBI et TCC.
- Au niveau des retombées cliniques, l'article du chapitre II démontre la pertinence et l'intérêt de travailler les erreurs de raisonnement et le narratif des individus souffrant de TAC. À cet effet, l'article démontre également l'importance du surinvestissement des pensées lorsqu'il s'agit des possessions, de l'encombrement et de son impact sur le cycle d'accumulation.
- Le troisième article, soit celui du chapitre III représente également un protocole unique en son genre puisqu'il s'agit de la première étude à avoir utilisé une composante en RV pour le TAC. Le but d'ajouter cette composante était d'aider les participants à passer à l'action en faisant le tri et désencombrant leur environnement. Même si le nombre de participants était limité, le fait qu'il s'agissait d'un devis randomisé est une force non négligeable. De même, l'utilisation d'EV non immersif et gratuit représente

également un avantage puisque le protocole employé sera facilement accessible à l'ensemble des thérapeutes.

- Les résultats de la troisième étude démontrent également un état de présence et d'immersion équivalent aux résultats des études utilisant un casque virtuel ou la voûte immersive. De plus, l'environnement non immersif cause moins de cybermalaises, ce qui est un avantage puisque ceux-ci peuvent miner l'expérience virtuelle.
- Un autre avantage à mentionner est la diminution de la force du doute de l'obsession primaire. Tel que mentionné, le modèle TBI a été créé spécifiquement dans le but de modifier et diminuer la force de conviction des idées surinvesties. Même si les résultats à l'OVIS n'ont pas diminué significativement, les échelles cliniques démontrent une diminution de 40 % pour les inférences primaires et secondaires du TAC. Les échelles cliniques s'avèrent plus sensibles pour mesurer la force du doute et ciblent spécifiquement les obsessions primaires.
- Finalement, la RV permet de pallier aux lacunes exposées dans la recension des écrits scientifiques concernant les difficultés relatives aux visites à domicile et le coût relié à celles-ci. Puisqu'un EV non personnalisé semble également générer une réponse émotionnelle, une diminution de temps de création de l'environnement virtuel est également considérable lorsque l'on considère que la création de celui-ci prend environ cinq heures. Un EV personnalisé prend environ sept heures, sans compter l'attente des photographies par les participants et les inconvénients reliés à la qualité des photographies.

4.3 Pistes de recherches futures et conclusion

Différentes pistes de recherches seront proposées afin d'améliorer les connaissances actuelles des programmes d'intervention pour le traitement du TAC.

Comme mentionné dans la recension des écrits scientifiques, plus d'études de validation des modèles explicatifs sont nécessaires. Par exemple, les modèles TCC et TBI rapportent des déficits relativement à l'attachement, mais aucune étude n'a mesuré l'impact de l'attachement sur le développement de la problématique. Par exemple, des entrevues semi-structurées et des questionnaires pourraient être remplis par les participants afin de mieux comprendre le rôle de l'attachement dans le développement de la problématique. Il serait intéressant de mesurer l'attachement aux objets de même qu'aux figures d'attachement développés durant la petite enfance. À cet effet, les AC rapportent souvent des difficultés avec les membres du premier degré de leur famille.

De plus, les différences hommes-femmes méritent d'être plus étudiées puisqu'il ne semble pas y avoir de consensus quant aux différences entre les deux sexes. L'APA (2013) rapporte une prévalence plus grande d'hommes, mais la majorité des études cliniques ont des échantillons quasi exclusifs de femmes, ce qui semble quelque peu contradictoire.

Concernant les études de traitement actuelles, l'importance d'augmenter les tailles d'échantillons est à considérer de même que le fait d'utiliser des devis randomisés avec une condition contrôle non active ou une liste d'attente.

Relativement à la RV, il semble important d'augmenter le nombre de séances. En effet, la diminution de l'encombrement demeure peu observable malgré le fait que les

participants rapportent avoir désencombré leur environnement suite aux séances d'exposition.

En considérant les réponses qualitatives des participants suite à la RV, ceux-ci rapportent avoir apprécié l'apport de la RV, mais ont souligné que le nombre de séance était insuffisant. À cet effet, il pourrait être envisagé de faire une dizaine de séances en RV afin d'observer si les changements apportés sont plus importants relativement au désencombrement de leur domicile.

La présente recherche doctorale permet d'enrichir les connaissances actuelles sur le TAC par l'entremise d'une recension des écrits scientifiques, de la présentation de modèles explicatifs et en évaluant l'impact d'une thérapie cognitive employant une composante de RV novatrice. En effet, les éléments avant-gardistes du programme développé dans cette étude peuvent permettre à la communauté clinique de les utiliser à leur tour, et ce, de façon accessible. Puisque les AC ont une tendance à abandonner la thérapie lorsque vient le temps des séances de tri et de désencombrement à domicile, le nouveau protocole permet une diminution considérable de l'attrition, comme cela a été le cas dans la présente étude. Il s'avère être essentiel de poursuivre les études utilisant le même type d'EV en tenant compte des éléments mentionnés dans les limites de la présente étude. En conclusion, nous espérons que la présente thèse aidera la communauté scientifique et clinique dans l'avancement de leur compréhension des symptômes du TAC et des thérapies offertes.

APPENDICE A

MANUEL DE THÉRAPIE POUR LE TRAITEMENT DU TAC (TBI)

Feuille de travail 1
Doute imaginaire et doute réel

L'accumulation compulsive débute toujours par un doute. Vous doutez lorsque vous n'êtes pas certain de quelque chose ou que vous avez l'impression que « les choses ne sont pas correctes ». Sans la présence d'un doute initial, vous ne ressentiriez pas le besoin d'accumuler (acquérir, conserver, trier les objets sans vous en défaire...). Par exemple, la personne qui désire se défaire d'un objet mais qui décide par la suite de le garder le fait parce qu'elle doute que de s'en départir est une bonne chose. Son doute l'amène à penser qu'elle en aura besoin un jour même si elle ne prévoit pas quand. La personne qui achète plusieurs exemplaires d'un même livre le fait parce qu'elle doute qu'un seul soit suffisant. Son doute l'amène à penser qu'un seul exemplaire serait insuffisant. Sans le doute, il n'y a pas de compulsion. Si vous n'entretenez pas de doute face à un objet, vous n'aurez pas besoin de le conserver. De plus, si vous ne doutez pas, vous n'allez pas vous préoccuper des conséquences possibles comme de vous retrouver sans ressources et démunie. Autrement dit, non seulement le doute est la cause de la compulsion, mais il est aussi responsable de l'inconfort et de l'anxiété que vous ressentez et qui n'existeraient pas sans le doute.

Dans la vie de tous les jours, vous avez parfois des doutes qui ne se transforment pas en obsession. Pourquoi? Quelle est la différence entre les doutes imaginaires et les doutes réels? Voici quelques points qui les différencient :

- ✓ Le doute réel est déclenché par des preuves directes ou de l'information qui provient de vos sens ou du bon sens.
- ✓ Le doute réel disparaît rapidement suite à l'obtention de l'information, de la réponse.
- ✓ Le doute imaginaire se produit même lorsque votre bon sens vous dit que tout est correct.
- ✓ Le doute imaginaire ne tient pas compte des preuves puisqu'il tente d'aller au-delà des sens et du bon sens.
- ✓ Le doute imaginaire augmente au fur et à mesure que vous y pensez.

Les doutes prennent généralement la forme d'un « peut-être que ». En voici quelques exemples: « Peut-être que j'aurai besoin de ce vêtement un jour », « Peut-être que je n'aurai pas d'autres opportunités pour me procurer un tel meuble dans l'avenir », « peut-être que je serais une personne irresponsable si je me défaisais de ces objets ».

Exemples de doute réel:

1) Peut-être que je dois acheter du lait?

Il se peut que vous vous apprêtiez à faire une recette et qu'en soulevant le carton de lait, vous remarquiez qu'il est plutôt léger donc presque vide.

2) Peut-être qu'il vaudrait mieux que je conserve mon reçu?

Il se peut que vous ayez acheté un vêtement en cadeau à quelqu'un et que vous doutiez qu'il lui plaira.

Ces doutes réels sont déclenchés par de l'information qui provient de vos sens (par exemple, le carton de lait vide) ou de votre bon sens (par exemple, le vêtement en cadeau) et sont donc appropriés dans le contexte où ils se présentent. Ces doutes peuvent être rapidement dissipés (en regardant ou en mesurant la quantité de lait ; en demandant à la personne si le cadeau lui convient).

Exemples de doute imaginaire:

1) Peut-être que je dois conserver toutes mes photos ainsi que leurs doubles

2) Peut-être qu'il vaudrait mieux que je récupère cette vieille lampe dans la poubelle de mon voisin.

Ces doutes, s'ils sont imaginaires, ne sont pas déclenchés par de l'information spécifique et adaptée à votre réalité. Dans les exemples plus haut, la personne détient des photos qui lui sont inintéressantes mais les conserve dans l'éventualité où un jour elles en verraient un intérêt. Dans le 2^e exemple, la personne n'a pas besoin de lumière et n'a pas l'intention de réparer la lampe ; elle ne s' imagine qu'un jour quelqu'un pourra s'en servir. Un doute imaginaire se maintient et vous tracasse malgré l'absence d'information directe ou d'éléments provenant du bon sens. Par ailleurs, même si votre bon sens vous dit que vous n'avez pas besoin d'un objet,, votre besoin de l'acquérir ou de le conserver est toujours présent. Finalement, plus vous y pensez et plus vous doutez et plus vous accumulez.

Exercice 1
Doute imaginaire et doute réel

Le but du présent exercice est de vous aider à mieux distinguer vos doutes imaginaires de vos doutes réels. Rappelez-vous, les doutes imaginaires s'expriment par des « peut-être que ».

Essayez d'identifier des situations où vous éprouvez des doutes imaginaires et inscrivez-les dans les espaces ci-dessous.

Doutes obsessionnels

1. Peut-être **que**

.....
.....

2. Peut-être **que**

.....
.....

3. Peut-être **que**

.....
.....

4. Peut-être **que**

.....
.....

Rappelez-vous que les doutes ci-dessus sont à l'origine de votre accumulation. Essayez d'imaginer ce qui se passerait si vous n'aviez pas ces doutes. Comment serait votre encombrement en l'absence de ces doutes?

Maintenant, inscrivez des exemples de doutes réels qui se présentent dans votre vie de tous les jours et qui n'entraînent pas de compulsions.

Doutes réels

1. Peut-être que
.....
.....
2. Peut-être que
.....
.....
3. Peut-être que
.....
.....
4. Peut-être que
.....
.....

En vous servant de ce que vous avez appris à la feuille de travail 1, posez-vous les questions suivantes pour chacun des doutes que vous avez identifiés:

- ✓ Y a-t-il de l'information provenant de preuves directes qui justifie mon doute?
- ✓ Est-ce que le doute disparaîtrait avec de l'information?
- ✓ Est-ce que le doute est basé sur le bon sens?
- ✓ Est-ce que le doute va au-delà des sens ou du bon sens?
- ✓ Est-ce que le doute augmente lorsque j'y pense?

Le présent exercice devrait vous aider à faire la différence entre un doute imaginaire et un doute réel.

En vous servant régulièrement de la carte d'entraînement que vous devez garder près de vous en tout temps, essayez de consolider ce que vous avez appris.

Feuille de travail 2**La logique du TAC**

Le but des exercices de la semaine dernière était de vous aider à faire la différence entre les doutes réels et les doutes imaginaires. Maintenant, vous devriez être capable d'identifier le doute initial qui se cache derrière vos inquiétudes et vos actions. À ce point-ci de la thérapie, il est normal que le simple fait de faire la différence entre les deux types de doutes ne rende pas vos doutes imaginaires moins crédibles à vos yeux. Aujourd'hui, nous allons examiner les raisons pour lesquelles vous accordez une certaine importance à vos doutes imaginaires. Autrement dit, nous allons examiner le raisonnement derrière le doute qui lui donne sa crédibilité.

Les doutes imaginaires sont des énoncés concernant les choses qui « pourraient arriver ». Ils vous semblent donc probables. Ces doutes n'apparaissent pas par magie. Même si vos doutes vous semblent parfois déraisonnables, ils s'appuient sur des conclusions que vous tirez à partir d'un certain raisonnement. Le TAC n'est donc pas qu'une simple sensation. Voilà de bonnes nouvelles, car si les doutes imaginaires surgissaient de nul part, on n'y pourrait rien. Examinons donc d'où proviennent vos doutes? Les catégories suivantes vont vous aider à identifier le raisonnement qui se cache derrière vos doutes:

- 1) **Le bon sens**
- 2) **L'autorité**
- 3) **Le "ouï-dire"**
- 4) **L'expérience antérieure**
- 5) **Le calcul logique**

Prenons un exemple pour illustrer comment une personne peut en arriver à douter qu'il soit souhaitable de jeter des piles de vieux journaux. Quel type de raisonnement pourrait justifier un tel doute?

- 1) Lire est bon pour l'intellect et la mémoire. (*Bon sens*)
- 2) Les grands intellectuels conservent de vieux documents et s'y réfèrent de temps à autre. (*Autorité*)
- 3) J'ai entendu une histoire où quelqu'un a retrouvé ses parents biologiques par hasard en lisant un ancien article de journal. (*Ouï-dire*)
- 4) J'ai déjà regretté d'avoir jeté une ancienne revue puisqu'elle contenait une recette que je n'ai jamais retrouvée par la suite. (*Expérience antérieure*)
- 5) Les sujets abordés dans les journaux sont comme des modes, ils viennent et repartent. Un jour, il sera pertinent de relire certains des articles. (*Calcul logique*)

Comme vous pouvez vous en rendre compte, les éléments faisant partie du raisonnement ci-dessus semblent sensés. À première vue, votre doute semble être raisonnable puisqu'il s'appuie sur un raisonnement. Vos doutes vous paraissent donc crédibles parce qu'ils s'appuient sur des éléments (expériences passées, autorité, etc.) qui nous servent à tous dans nos processus de raisonnement. Cependant, il existe certaines particularités dans le processus de raisonnement qui mène au doute imaginaire. Nous y reviendrons lors des prochaines rencontres. Pour l'instant, essayez de voir vos doutes comme étant des énoncés concernant ce qui "pourrait arriver" et s'appuyant sur un certain raisonnement.

Exercice 2
La logique du TAC

En résumé, le doute imaginaire est un énoncé que vous considérez être une possibilité valable et qui s'appuie sur un processus de raisonnement particulier. Il est possible qu'avec le temps, vous ayez appris à agir de façon automatique et que vous ayez oublié le raisonnement qui accompagnait le doute au départ. À partir de maintenant, il est important de prendre conscience de la façon dont vous justifiez vos doutes.

En vous servant également de l'exercice 1, choisissez le (ou les) doute(s) imaginaires(s) qui vous préoccupe(nt) le plus et inscrivez-le(s) dans les espaces ci-dessous:

1)

.....
.....

2)

.....
.....

Maintenant, en vous servant des cinq catégories énumérées précédemment, essayez de déterminer ce qui justifie votre doute. Il pourrait y avoir plusieurs arguments pour une seule catégorie et aucun argument pour une ou plusieurs de ces catégories.

Bon sens

1)

.....
.....

2)

.....

Autorité

1)

.....

2)

.....

Ouï-dire

1)

.....

2)

.....

Expérience antérieure

1)

.....

2)

.....

Calcul logique

1)

.....

2)

.....

Maintenant, vous devriez commencer à comprendre pourquoi vos doutes imaginaires peuvent vous sembler si réels et sont parfois si difficiles à écarter.

Feuille de travail 3
Le doute TAC est 100 % imaginaire

À l'étape précédente, vous avez appris que vos doutes imaginaires proviennent d'un raisonnement qui se base sur de l'information qui peut s'avérer véridique dans certains contextes et sembler logique. Malgré ceci, nous pouvons affirmer que vos doutes imaginaires sont toujours faux. Pourquoi? Parce que ce n'est pas le *contenu* de l'information qui est erroné mais plutôt le *moment ou le contexte* dans lequel vous utilisez cette information qui rend vos doutes non pertinents. Voilà la principale différence entre un doute réel et un doute imaginaire.

Imaginez les doutes qui suivent: « En fin de compte, peut-être que je pourrais encore porter ce vêtement » ou « Peut-être que je ferais mieux d'acheter plusieurs ensembles de coutellerie ». Y a-t-il de l'information directe, *ici* et *maintenant*, pouvant expliquer votre doute? Y a-t-il de l'information provenant de votre bon sens pour appuyer votre doute dans *cette* situation? Dans le cas d'un doute imaginaire, la réponse est toujours non.

Le doute imaginaire provient toujours de vous-même et jamais de l'extérieur. Pour déterminer si vos doutes proviennent de vous-même ou de l'extérieur, posez-vous les questions suivantes:

- 1) Y a-t-il de l'information *ici* et *maintenant* pour justifier mon doute?
- 2) Le doute va-t-il au-delà de ce que je peux percevoir?

Il se peut que vous soyez d'accord pour dire que le doute ne s'appuie pas sur la réalité qui vous entoure au moment présent et pourtant, vous vous demandez en quoi cela est si important. C'est un point fondamental puisque en l'absence d'information dans le *ici* et *maintenant* vos doutes imaginaires sont aussi peu pertinents que de vous demander si le plafond risque de vous tomber sur la tête, à l'instant même.

D'ailleurs, comme vous le faites pour vos doutes imaginaires, il serait facile de se servir de toutes sortes d'arguments pour justifier la possibilité que le plafond s'effondre. Alors, pourquoi vous ne vous inquiétez pas à ce sujet? Vous pourriez répondre que c'est peu probable. Il en est de même pour vos doutes imaginaires et pourtant vous les prenez au sérieux. La raison pour laquelle vous ne vous inquiétez pas que le plafond s'effondre sur vous est que vous n'avez aucune information *ici* et *maintenant* qui vous amène à penser cela. Ce serait différent si vous entendiez tout à coup un énorme bruit provenant du plafond, accompagné d'importantes fissures. Dans ce contexte, votre doute serait pertinent.

Lorsque vous êtes dans votre TAC,, vous doutez en l'absence d'information directe. Un raisonnement qui ne s'appuie pas sur la réalité est 100 % imaginaire et donc improbable.



Figure 1 : Monde de la réalité.
Figure 2 : Monde de l'imagination.

La différence entre le doute imaginaire et le doute réel réside dans le fait que le doute réel s'appuie *toujours* sur quelque chose dans la réalité, alors que le doute imaginaire semble provenir de nul part. Autrement dit, le doute imaginaire provient toujours de vous-même et jamais de l'extérieur.

Exercice 3**Le doute TAC est 100 % imaginaire**

Suite à l'information que vous avez reçue lors de votre rencontre de thérapie, il est possible que vous soyez en mesure d'accepter, d'un point de vue intellectuel du moins, que vos doutes imaginaires proviennent à 100 % de vous. Cependant, le fait de comprendre quelque chose n'est pas suffisant lorsque vous voulez changer les choses. Vous devez donc appliquer vos nouvelles connaissances à vos doutes imaginaires. Comment? En vous demandant si les éléments de votre raisonnement qui font que votre doute semble réel s'appliquent *ici* et *maintenant*.

Voici quelques exemples de pensées faisant partie du processus de raisonnement du TAC qui peuvent vous persuader que votre doute est justifié: « Je conserve tous les bricolages que mes enfants ont fabriqués puisqu'ils témoignent de moments passés que nous chérissons » ; « Puisqu'on en sait jamais ce qu'on pourrait trouver dans une vente de garage, je m'assure de toutes les visiter dans ma région. Qui sais, peut-être trouverais-je un petit trésor? » ; « Il suffit de se défaire de quelque chose pour en avoir besoin le lendemain! » ; « Jeter des choses c'est du gaspillage ; plutôt que de les jeter, je garde tout et j'utiliserai ces objets un jour si j'en ai besoin » ; « Tout peut être réutilisé d'une certaine manière, à l'époque de ma grand-mère, elle récupérait tout et l'utilisait ». À première vue, il n'est peut-être pas évident que ces notions n'ont rien à voir avec la réalité, puisqu'elles parlent de choses réelles. Cependant, si ces informations ne se rapportent pas à *ici* et *maintenant*, elles ne sont pas du tout pertinentes à votre situation.

Au fil des exercices que vous utiliserez pour vous aider à faire face au TAC, vous vous rendrez compte que le TAC est un trouble très créatif qui trouve facilement une quantité importante d'informations pour alimenter vos doutes. La bonne nouvelle, c'est que le TAC a toujours tort! Aucun des doutes des nombreuses personnes souffrant du TAC que nous avons connues ne s'est jamais avéré juste. Cependant, le TAC annonce « Mais peut-être que cette fois-ci cela pourrait arriver ». Mais puisque le doute imaginaire ne provient pas de la réalité, il est toujours faux.

Pour vous rendre compte de l'incohérence du TAC, appliquons votre raisonnement TAC à des situations sans TAC. Supposons que vous vouliez traverser la rue. Vous regardez à gauche puis à droite et si vous ne voyez pas de voiture, alors vous traversez. Si vous appliquez la logique TAC, vous vous méfieriez de vos sens en vous disant des choses comme « si la voiture que je vois au loin s'approche plus vite qu'elle ne le semble, je pourrais me faire frapper » et vous ne traverseriez jamais!

Afin de mettre cette notion en pratique, choisissez un de vos doutes et essayez de vous rappeler la dernière fois où il vous a vraiment inquiété. Demandez-vous si, dans cette situation, le doute s'appuyait sur quelque chose de réel. N'essayez pas de vous convaincre de quoi que ce soit puisque cela n'est pas le but de l'exercice. Lorsque que vous vous posez des questions sur le doute, notez par écrit toutes les pensées qui vous viennent en tête. Ensuite, examinez chaque pensée séparément et demandez-vous si elle s'appuie sur des éléments en lien avec ce qui est *ici* et *maintenant*. Rejetez, au fur et à mesure, chacune des pensées identifiées auparavant qui ne s'appuient pas sur *ici* et *maintenant*. Notez toutes les pensées que vous êtes incapable de rejeter et discutez-en avec votre thérapeute.

Feuille de travail 4
Comment le TAC devient une expérience vécue

Pourquoi a-t-on l'impression que les doutes obsessionnels sont si réels? Afin de répondre à cette question, il faut comprendre la raison pour laquelle quelque chose nous paraît réel.

Prenons par exemple l'activité dans laquelle vous êtes impliqué maintenant : lire cette page. Pourquoi cette activité vous paraît-elle réelle? C'est non seulement à cause de l'information provenant de vos sens (vous voyez les mots sur cette page) mais surtout parce qu'une histoire qui s'appuie sur le passé, le présent et l'avenir s'y rattache. Posez-vous la question, pourquoi avez-vous décidé de lire cette page? Presque immédiatement toute une histoire se déroule, une histoire qui peut se lire comme un roman. En effet, vous vous revoyez dans le passé en train de vous débattre avec le TAC, de chercher des ressources où trouver de l'aide, de rencontrer votre thérapeute, de discuter et de poser des questions; vous vous revoyez aussi faisant des exercices chez vous avec l'espoir de surmonter le TAC un jour. Imaginez-vous un instant que vous lisez cette page mais que vous n'avez jamais été impliqué dans les expériences décrites ci-dessus; qu'elles n'ont jamais eu lieu. Jusqu'à quel point alors le contenu de cette page vous semblerait-il réel?

D'une certaine façon, l'écoute de vos propres pensées ressemble à la lecture d'un roman. Ceci n'est pas qu'une coïncidence, mais fait plutôt partie de notre manière d'organiser les opinions et les sensations nous concernant et la perception du monde qui nous entoure. Ainsi, une histoire se déroule et nous y ajoutons des éléments qui rendent le monde autour de nous plus réel et plus convaincant. Nous voilà donc en route vers l'épicerie ou vers le travail, discutant avec des amis ou la famille ou même en ayant des doutes imaginaires. Donc, d'une certaine manière, nous passons notre vie à raconter des histoires. Celles-ci influencent nos expériences, nos croyances et aussi jusqu'à quel point ces croyances nous semblent réelles. De même, les notions imaginaires ainsi que leur crédibilité s'appuient sur les histoires que nous nous racontons. Ceci leur confère un certain réalisme. Un des problèmes concernant le TAC est que vous pouvez être conscient du fait que c'est ridicule et peu crédible, mais lorsque vous êtes en situation TAC, vous vous sentez contraint d'agir en fonction du doute. Tel que déjà soutenu, cela découle du fait que l'histoire TAC confère

au doute une certaine réalité, peu importe que vous y croyiez ou non lorsque vous vous trouvez hors de la situation TAC.

Bien sûr, vous êtes déjà au courant de l'histoire derrière votre TAC. Après tout, pendant les séances précédentes, vous avez déjà identifié beaucoup de pensées qui semblent justifier le doute imaginaire. Cependant, toutes ces bribes d'information que vous avez identifiées auparavant doivent maintenant être ordonnées pour former une histoire. C'est cette histoire qui fait paraître le doute si réel. L'histoire TAC peut faire état de toutes sortes d'éléments, tels des faits ou des calculs qui semblent parler de la réalité mais qui ne s'appuient jamais sur une information directe de la réalité qui vous entoure.

Du point de vue intellectuel, vous pouvez être d'accord avec le raisonnement ci-dessus, mais comment allez-vous vous y prendre pour changer le doute imaginaire? Tel que soutenu, le doute imaginaire semble réel puisqu'il s'appuie sur une histoire convaincante. Il est donc évident qu'il faut changer l'histoire. Afin d'y arriver, au cours des prochaines semaines, vous vous pencherez sur l'histoire du TAC et les éléments qui font paraître que le doute est réel. Vous vous occuperez aussi à élaborer une autre histoire. En formulant une histoire alternative, vous diminuerez automatiquement l'effet de l'histoire du TAC. Cela n'arrivera pas du jour au lendemain et requiert beaucoup de pratique. Cependant, si vous persévérez et si vous possédez des techniques appropriées vous pourrez vous dégager du TAC et vous finirez par *vivre* une histoire différente.

Exercice 4**Comment le TAC devient une expérience vécue**

Avec l'aide de votre thérapeute, choisissez tout d'abord un doute imaginaire, celui qui vous dérange le plus ou celui auquel vous vous êtes le plus attardé lors des rencontres précédentes. Ensuite, rassemblez par écrit toutes les justifications que vous avez progressivement identifiées derrière ce doute. Organisez et complétez ces informations afin que cela ressemble à une histoire dotée d'une trame, comme un roman. Vous avez alors sous les yeux votre histoire TAC expliquant pourquoi ce doute paraît si réel. Cette histoire pourra être complétée au fil des jours avec d'autres éléments.

L'étape suivante est essentielle puisqu'elle va vous permettre de relativiser l'histoire TAC. Pour cela, vous allez commencer à élaborer une histoire alternative. Celle-ci doit concerner la situation TAC dans laquelle se manifeste le doute choisi. Elle doit être très descriptive, c'est-à-dire contenir le maximum d'informations sensorielles et/directes se trouvant habituellement dans la situation TAC. Comme certains romans, vous mettrez l'accent sur la description d'une scène avec vous comme personnage principal. Les couleurs, les odeurs, les bruits, bref, tout ce que vous pourriez percevoir dans cette situation TAC doit être utilisé. Votre travail se rapportant à l'histoire alternative est un processus créatif. Imaginez que votre esprit n'est qu'une toile sur laquelle vous peignez plusieurs versions de la réalité. Le peintre ne s'interroge pas constamment et à chacune des étapes du processus pour savoir si le tableau qu'il peint est meilleur que le précédent. Ainsi, vous ne devez pas vous demander si l'histoire de du TAC est meilleure que l'histoire alternative. Le peintre voudrait que ce tableau soit tout simplement aussi « réel » et aussi « vivant » que possible.

Par ailleurs, c'est une erreur d'envisager l'élaboration de l'histoire alternative comme un simple exercice intellectuel pour vous aider à « résoudre » d'une manière quelconque votre problème de TAC. Il ne s'agit pas de trouver des arguments contredisant les justifications du TAC. Une telle attitude aidera le TAC à se débarrasser de tout ce que vous pourrez apporter comme alternative. Le fait d'explorer l'histoire alternative ne représente que la volonté d'imaginer et de s'impliquer dans une histoire différente où la description de la réalité du moment prédomine.

Les deux histoires sont susceptibles de changer avec le temps et elles représentent un travail en développement. L'histoire alternative changera au fur et à mesure pendant la thérapie puisqu'aussi souvent que possible vous essaierez d'ajouter de nouveaux éléments afin qu'elle devienne plus réelle à vos yeux. Ces éléments peuvent porter sur toutes sortes de renseignements. Cependant, à l'encontre de l'histoire de votre TAC, vous serez en mesure d'y ajouter des éléments qui s'appuieront sur la réalité ou sur vos sens puisque cette sorte d'information ne fait jamais partie de l'histoire du TAC.

Ne vous découragez pas si, au début, l'histoire du TAC et ses éléments vous semblent beaucoup plus convaincants que l'histoire alternative. Ceci est tout à fait normal. Le niveau de conviction de l'histoire alternative peut être très bas au début puisque, en effet, c'est pour cette raison que vous souffrez de TAC. Le fait de compléter l'histoire alternative et de la lire ou d'y penser souvent vise à rendre l'histoire et ses éléments plus réels pour vous. Ainsi, peu à peu, l'histoire du TAC cédera du terrain à cette histoire alternative basée uniquement sur la réalité.

N'oubliez pas que votre thérapeute n'essaiera pas de vous convaincre en apportant constamment de nouveaux éléments pour vous faire « voir la lumière ». Il peut vous aider à trouver de nouveaux éléments s'il vous arrive d'éprouver des difficultés et vous aider à arranger l'histoire pour qu'elle vous semble avoir plus de bon sens, mais il ne peut faire le travail pour vous. La seule solution « magique » pour surmonter le TAC est la magie que nous accomplissons tous les jours par les histoires que nous nous racontons à nous-mêmes et la façon par laquelle ces histoires se transforment en expérience vécue. Donc, à moins que vous souhaitiez que quelqu'un d'autre vive à votre place, c'est à vous de rendre l'histoire alternative réelle et pertinente.

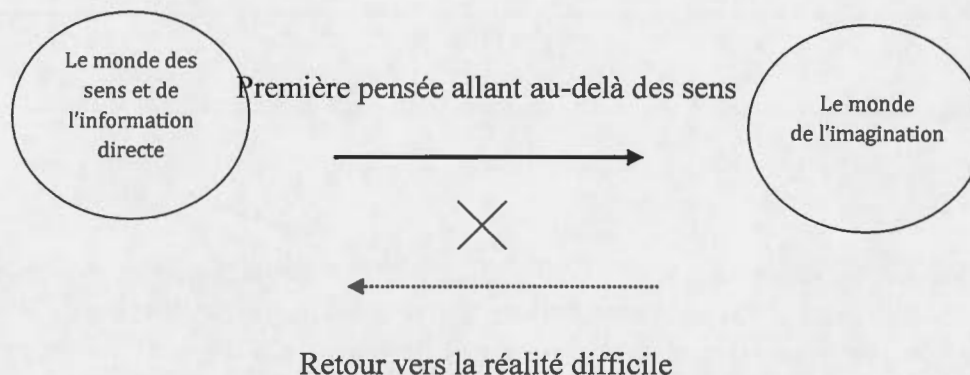
Feuille de travail 5
Franchir la frontière du réel

Le but du TAC est de vous faire douter le plus possible. Ceci n'est pas un mince exploit puisque rien dans la réalité autour de vous n'appuie son doute. Le TAC peut se montrer convaincant seulement s'il fait appel à de l'information se trouvant au-delà des sens et s'il essaie de vous faire croire que tout ce qui provient de vos sens a peu d'importance. Rapidement, ces éléments s'intègrent à l'histoire du TAC et font paraître votre doute plus réel.

Prenons un exemple, disons que vous conservez des vêtements que vous ne portez plus. Il n'y a aucune évidence que vous les porterez éventuellement. Il ne vous font plus, ils sont démodés et sont abîmés. Vous ne les avez pas portés depuis plus de cinq ans. La seule façon de conférer de la réalité au doute « peut-être que je vais en avoir besoin un jour » est de faire appel à de l'information allant au-delà des sens : « Je veux vraiment perdre du poids cette année ; ces vêtements pourraient donc me faire si je perdais quelques kilos » ; « Vous savez dans la vie, il suffit de se défaire de quelque chose pour ensuite réaliser que nous ne pouvons plus en retrouver des pareils par la suite », etc. Il se peut que toute cette argumentation ne soit pas nécessairement erronée, pourtant si elle n'a pas son origine dans la réalité immédiate autour de vous, le doute TAC est 100 % imaginaire et n'a pas de pertinence.

Puisque, lorsque vous êtes dans le TAC vous n'êtes plus dans la réalité, il existe un moment précis où vous tombez dans le « monde » imaginaire du TAC. Ce moment peut être identifié. Il arrive dès la première pensée qui vous amène au-delà de l'information sensorielle. On peut représenter ceci par la figure suivante:

La réalité
Le TAC



Lorsque vous entrez dans le monde de du TAC, tout ce que vous pouvez percevoir dans la réalité qui vous entoure ne semble plus avoir d'importance. Vous êtes happé par une spirale de conséquences imaginaires et dramatiques qui vont rendre très anxieux. Vous avez rompu tout lien avec la perception rassurante de la réalité.

De plus, une fois la frontière qui sépare le réel de l'imaginaire franchie, il est très difficile de revenir sur vos pas. Cela s'explique par le fait que vous avez abandonné tous les critères s'appuyant sur la réalité, les seuls en mesure de résoudre le doute de façon permanente. Bien sûr, dans le monde du TAC vous pouvez toujours décider de conserver un objet « au cas où » ou encore acquérir un nouvel objet « au cas où », mais comment pouvez-vous vraiment savoir s'il est réellement pertinent de conserver ou de vous procurer cet objet? Les rituels TAC ne représentent qu'une solution temporaire au problème puisque savoir quand arrêter les rituels dépend uniquement des caprices de votre TAC.

Exercice 5**Franchir la frontière du réel**

L'exercice qui suit présente une description détaillée de l'exercice que vous trouverez à la carte d'entraînement hebdomadaire. Utilisez cette feuille afin de devenir familier avec l'exercice et pour que vous n'ayez plus besoin de vous en servir sauf à titre de rappel. Rassurez-vous, le but de cet exercice n'est pas de vous arrêter de faire quoi que ce soit! Ainsi, cet exercice ne représente pas une expérience effrayante. Il vise plutôt l'acquisition d'une nouvelle prise de conscience.

Étape 1

Lorsqu'un doute imaginaire surgit dans votre esprit, arrêtez-vous, ne faites rien! Imaginez-vous devant un pont séparant la réalité, monde dans lequel vous vous trouvez encore, du monde imaginaire du TAC. Quelque chose semble vous pousser à avancer et vous attirer de l'autre côté de ce pont. Il s'agit de la première pensée allant au-delà de l'information sensorielle. Posez-vous les questions qui suivent :

- 1) Quelle est la première pensée qui me vient à l'esprit et qui me pousse au-delà de l'information sensorielle?
- 2) Comment cette pensée me fait-elle envisager les sens comme ayant très peu de pertinence?

Étape 2

Quand vous aurez identifié la pensée exacte qui vous pousse à franchir la frontière séparant le monde réel du monde imaginaire, ne réagissez pas immédiatement en accomplissant des compulsions ou en évitant. Ne faites rien pendant au moins une minute et réfléchissez.

Debout devant ce pont, vous ressentez le besoin de réagir au doute. Il vous semble que le doute sera résolu seulement si vous traversez le pont et que vous vous engagez dans le monde du TAC. Cependant, retournez-vous et regardez le monde des sens et de

l'information directe d'où vous venez pendant un moment. Là, le doute avait peu de pertinence car il n'y avait rien à son appui.

Étape 3

Maintenant, choisissez ce que vous allez faire. Vous pouvez avancer dans le monde du TAC, vous tracasser davantage au sujet du doute, essayer de le résoudre d'une façon quelconque et en toute probabilité, vous inquiéter davantage encore. Ou alors, vous pouvez revenir vers le monde des sens et de l'information directe où le doute était à 100 % arbitraire et avait peu de pertinence.

Si vous avancez dans le TAC, posez-vous les questions suivantes: « Est-ce que j'ai réussi à résoudre le doute de manière permanente? », « Est-ce que dans des situations semblables, le doute reviendra? ».

Si vous avez décidé de revenir dans le monde des sens et de l'information directe, posez-vous des questions au sujet des raisons qui vous ont convaincu que le doute était imaginaire et non quelque chose ayant besoin de votre attention. Vous êtes-vous servi de vos sens et de l'information directe afin de décider que le doute était imaginaire? Dans quelle mesure la résolution du doute était-elle permanente?

Étape 4

Notez les pensées les plus importantes qui vous ont amené au-delà des sens. Parlez-en avec votre thérapeute lors de la prochaine séance et ajoutez ces informations à votre histoire TAC.

N'oubliez pas de continuer à relire et à élaborer votre histoire alternative quand vous n'êtes pas en situation TAC.

C'est un exercice que vous devez continuer tout au long de la thérapie.

Feuille de travail 6**Les stratagèmes de raisonnement du TAC – partie 1**

Tel que démontré précédemment, afin de faire paraître le doute imaginaire réel, la ruse la plus importante du TAC est de faire appel à l'information allant au-delà des sens et de l'information directe. Cependant, comme tout vendeur de biens inutiles, le TAC possède beaucoup de tours dans son sac. D'une façon ou de l'autre, ces stratagèmes se rapportent tous au fait de faire appel à l'information se trouvant au-delà des sens et de l'information directe.

Acquérir une compréhension détaillée de chacun de ces stratagèmes et savoir exactement ce qui se passe peut vous aider à vous éloigner du doute en vous le faisant paraître moins réel. Ces stratagèmes font partie de l'histoire TAC et les exercices de cette semaine viseront à apprendre à les identifier.

Ci-dessous, vous trouverez six stratagèmes utilisés par le TAC.

Des catégories erronées

Confondre deux catégories d'information ou deux catégories d'objets de telle façon qu'une semble être reliée à l'autre mais qu'en fait, elle ne l'est pas. Si a est vrai, alors b l'est aussi.

Exemple : « Si je conserve des photos de mes enfants, je dois aussi conserver leurs travaux scolaires, leurs bricolages, etc. »

Des événements apparemment comparables

Confondre deux événements différents qui sont séparés dans le temps ou le lieu.

Exemple : « *Il m'est déjà arrivé de donner un vêtement que je ne portais plus et je l'ai regretté* ».

Usage sélectif des faits hors-contexte

Des faits abstraits et généraux sont appliqués à votre situation personnelle.

Exemple : « *Notre société moderne produit de plus en plus de déchets mais pas moi. Je protège l'environnement, je ne jette rien* ».

Des enchaînements totalement imaginaires

Fabriquer « de toutes pièces » des histoires convaincantes et se mettre à les vivre.

Exemple : « *J'imagine les anciens jouets de mes enfants qui se retrouvent entre les mains d'enfants blasés qui les brisent ou qui les abandonnent dans un coin du garde-robe, et je me sens triste et déprimée de les voir ainsi négligés* »

Inférence inverse

Les conclusions concernant la réalité se trouvent à la précéder plutôt que d'arriver à la suite de son observation.

Exemple : « *J'ai pris une bonne décision de conserver toutes ces revues. L'autre jour, je me suis adonnée à mettre la main sur l'une d'elle et j'ai beaucoup apprécié la regarder* ».

Méfiance de la perception normale

Faire abstraction des sens, voire rejeter les informations sensorielles.

Exemple : « *Il faut aller au-delà de ce qu'on peut voir, il faut voir le potentiel insoupçonné dans un objet* »

Exercice 6**Les stratagèmes de raisonnement du TAC – partie 1**

Le but de l'exercice de cette semaine est d'apprendre à mieux identifier les stratagèmes utilisés par le TAC pour vous convaincre que votre doute imaginaire est réel.

Identifier les stratagèmes du TAC n'est pas facile. Lorsque vous êtes en plein tourbillon émotif, ceux-ci peuvent vous paraître très réels. Par exemple, vous examinez vos vieux cahiers scolaires et vous vous sentez plonger dans de beaux souvenirs de moments passés lors de cette période de votre vie. Il se peut alors que vous commenciez à douter qu'il vaut mieux s'en défaire et que vous vous mettiez à penser que vous devez tous les garder sans quoi, tous ces souvenirs pourraient s'effacer un jour. Ces pensées peuvent provoquer de fortes émotions d'anxiété, d'angoisse ou de tristesse. Dans cet envahissement émotif, il se peut fort bien que vous soyez incapable de vous arrêter pour examiner la situation et d'identifier le raisonnement qui vous a amené à douter de votre désencombrement.

Ne vous inquiétez pas si vous n'êtes pas toujours capable d'identifier précisément le stratagème employé par le TAC puisque parfois un stratagème peut en chevaucher d'autres. Le simple fait de faire l'effort de se poser des questions quant au TAC représente déjà un pas dans la bonne direction.

Utilisez votre histoire TAC pour retrouver ces raisonnements erronés ou faites appel à d'autres exemples provenant des situations TAC que vous avez pu rencontrer aujourd'hui. Ensuite, inscrivez-les, ci-dessous, dans la catégorie que vous pensez appropriée.

Catégories erronées :

.....

Événements apparemment comparables :

.....

Usage sélectif des faits hors-contexte :

.....

Enchaînement totalement imaginaire :

.....

Inférence inverse :

.....

Méfiance de la perception normale :

.....

La carte d'entraînement de cette semaine contient des exercices qui vous aideront à identifier ces stratagèmes dans le plus grand nombre de situations TAC possible. Servez-vous de la carte d'entraînement chaque jour afin d'identifier les erreurs de raisonnement sous-jacentes à vos doutes imaginaires. Bon courage!

Feuille de travail 7

Les stratagèmes de raisonnement du TAC – partie 2

Avoir conscience des stratagèmes de raisonnement TAC implique quelque chose de très important. En effet, vous rendez-vous compte que les stratagèmes TAC rendent votre doute imaginaire totalement faux ?

Tous ces stratagèmes TAC vous amènent à vous méfier de la réalité qui vous entoure alors qu'en fait la seule présence de ces stratagèmes indique qu'il y a une faille dans l'argumentation initiale du TAC. Autrement dit, l'histoire TAC et toutes ses erreurs de raisonnement vous éloignent toujours de la réalité et vont à l'encontre de vos sens et de l'information directe. C'est pour cela que lorsque le doute TAC surgit, il a toujours tort. Vos sens et l'information directe vous font part d'une information « certaine » et c'est alors seulement que le doute TAC vous rend moins certain.

Voici ce qu'il faut retenir au sujet des stratagèmes employés par le TAC :

- 1) Vivre un doute comme s'il était réel ne le rend pas réel (**enchaînement purement imaginaire**).
- 2) Le fait que vous avez regretté avoir donné votre robe à une amie n'a rien à voir avec le malaxeur brisé qui encombre votre armoire (**événements apparemment comparables**).
- 3) Bien qu'il soit vrai que la lecture accroît les connaissances générales, si vous ne consultez jamais vos encyclopédies, ils ne sont pas réellement des outils d'apprentissage pour vous (**usage sélectif des faits hors-contexte**).
- 4) Commencer par un doute obsessionnel et essayer de trouver des preuves à son appui est possible, mais cela vous éloignera de la réalité puisque le doute va au-delà des sens dès le début. Cela n'a rien à voir avec ce qui se trouve autour de vous et vous pourriez tout aussi bien vous inquiéter des météorites pouvant vous tomber sur la tête (**inférence inversée**).
- 5) Aller au-delà des sens vous amènera très rapidement dans le monde du TAC et tout ce que vous pourrez ressentir dans ce monde DÉPOURVU DE SENS ET

D'INFORMATION DIRECTE sera déterminé simplement par votre imagination (**méfiance de la perception normale**).

- 6) Ce n'est pas parce que deux catégories d'information se ressemblent qu'elles sont identiques. En ce qui concerne le doute imaginaire, il faut se rappeler qu'il ne s'appuie pas sur la réalité. Par exemple, « *Si je conserve cette carte de « Fête des mères » fabriquée par mon enfant, aussi bien conserver la maquette qu'il avait fait dans son cours de sciences.* » (**erreur de catégorie**).

À ce stade, au moins du point de vue intellectuel, vous devriez être capable de reconnaître que le TAC se trompe, qu'il n'est pas correct et qu'il est erroné. Cependant, si vous éprouvez encore des objections sur les notions théoriques abordées, ce qui est tout à fait possible, il faut discuter de vos remarques avec votre thérapeute.

Par ailleurs, malgré une bonne compréhension théorique du fonctionnement du TAC, il arrive que les personnes qui suivent cette thérapie soient réticentes à faire les premiers pas concrets pour sortir du TAC. Il se peut qu'elles se disent : « Si le doute imaginaire se trompe, alors sur quoi vais-je m'appuyer? Si je ne peux pas me fier au TAC, alors comment pourrai-je décider si quelque chose est correct ou pas? ».

L'histoire non TAC (alternative) que vous avez développée au cours des dernières semaines est la réponse. Dans l'histoire non TAC, vous vous servez d'un raisonnement totalement différent de celui dont vous vous servez dans l'histoire TAC. En effet, l'histoire non TAC est conforme aux sens et à la réalité du moment tandis que l'histoire TAC ne l'est pas. Donc, en conclusion, l'histoire non TAC ne contient pas d'erreurs de raisonnement et vous pouvez lui faire confiance!

Exercice 7
Les stratagèmes de raisonnement du TAC – partie 2

Le fait d'identifier les erreurs de raisonnement d'histoires TAC d'autres personnes peut vous aider car vous êtes alors capable de mieux vous distancer et d'acquérir ainsi une perception plus objective qui vous sera utile dans l'examen de vos propres doutes.

Lisez les deux histoires obsessionnelles qui suivent et identifiez les stratagèmes du TAC. Inscrivez-les entre les parenthèses. Chaque fois, lorsque vous avez réussi à identifier une erreur de raisonnement, essayez de vous rendre compte pourquoi cela rend le doute faux.

Dans l'exemple qui suit, une personne souffrant de TAC raconte une histoire qui la convainc qu'elle pourrait perdre une opportunité unique si elle ne se rendait pas à chaque semaine au bazar de sa paroisse :

Donc, je me dis : « Il y a tellement de gens qui se débarrassent de leurs objets sans vraiment connaître leur valeur véritable, vous savez comme par exemple des objets qu'ils auraient reçu en héritage, et je me dis que je pourrais donc trouver objet de grande valeur pour quelques dollars dans un bazar (.....). J'ai souvent entendu des histoires de gens qui ont trouvé des choses inestimables comme cet homme qui avait acheté pour presque rien, une moto ayant appartenue à Elvis. Après l'avoir découvert, il l'a revendue à un collectionneur pour 650,000\$ (.....). J'imagine aussi qu'au bazar je pourrais trouver des objets presque neufs que je pourrais donner en cadeau à mes enfants et petits-enfants (.....). Puisque je n'ai pas beaucoup d'argent, je ne peux me permettre d'acheter une foule de choses sauf quand je les trouve à petit prix. Dans les bazars, je peux économiser puisque j'achète à bon marché (.....). Je me dis qu'il vaut mieux acheter pendant que j'en ai l'opportunité plutôt que d'attendre d'en avoir besoin et de devoir payer le gros prix (.....). Après avoir fait mes achats, je reviens à la maison, je dépose mes sacs sur une pile d'autres sacs similaires et je me dis que j'ai fait de bonnes affaires puisqu'un jour, je m'en servirai sûrement (.....).

L'exemple suivant parle de quelqu'un qui n'arrive pas à désencombrer une pièce de sa maison qui contient de grandes piles de journaux et de revues :

« Lorsque je regarde la pièce, je me dis que ça n'a aucun bon sens d'entasser autant de vieux journaux. Puis, après quelques minutes, lorsque j'examine l'un d'eux (.....), je commence à penser qu'il y a une foule d'informations dans ces journaux que je ne pourrai pas lire si je m'en défaisais (.....). Il pourrait y avoir une information dans les nécrologies par exemple qui m'informerait qu'une personne que j'ai connue est décédée (.....). Si je ne le vois pas dans le journal, je risquerais de ne jamais le savoir (.....). Et puis après, je regarde mes revues. Je tourne les pages et je tombe sur une recette qui m'a l'air délicieuse. Alors je la découpe et je me dis qu'un moment donné, je pourrais bien la faire (.....). Finalement, je décide de conserver toutes mes revues parce que je me dis qu'elles pourraient aussi contenir d'autres bonnes recettes ou encore des idées de décoration (.....).

Avec quelle rapidité avez-vous pu écarter les histoires TAC ci-dessus? Si ces histoires diffèrent vraiment des vôtres, alors vous devriez être en mesure de les écarter assez rapidement. Si non, elles vous demanderont un peu plus de réflexion.

Les exercices décrits à la carte d'entraînement pour cette semaine visent à supprimer quelques-uns de vos doutes dans les situations où, quelques fois par jour, vous croyez être capable d'écarter vos doutes. Ces exercices vous demanderont de : **1)** identifier les erreurs de raisonnement derrière le doute, **2)** vous rendre compte pourquoi les erreurs de raisonnement sont à la base de votre doute et le rendent donc injustifié, **3)** vous rappeler votre histoire alternative afin de remplacer l'histoire obsessionnelle et **4)** écarter le doute.

Chaque fois, l'exercice ne devrait pas durer plus d'une ou deux minutes. Si vous n'êtes pas capable d'écarter l'histoire TAC, ne vous inquiétez pas trop mais essayez encore une fois plus tard dans une situation qui est plus facile.

N'oubliez pas de continuer la pratique et l'élaboration de votre histoire non TAC en dehors des situations TAC.

Feuille de travail 8**La nature sélective du doute imaginaire**

La nature sélective du doute TAC représente une des plus grandes particularités de « la pensée TAC ». En effet, le doute imaginaire s'applique seulement à un nombre limité et souvent faible de situations. Il se peut que cela ne paraisse pas être ainsi puisque bien sûr, les doutes et les compulsions absorbent beaucoup de votre temps.

Mais envisageons ceci d'une autre manière. Parmi toutes les situations que vous rencontrez dans une journée, combien déclenchent un doute imaginaire? Il y en a sûrement peu par rapport à toutes les situations que vous rencontrez pendant une seule journée.

Pour vous en convaincre, essayez, par exemple, de noter mentalement tous les objets, données ou occasions qui se présentent à vous que vous n'accumulez pas. . Pensez à une journée typique. Vous voyez et entendez une foule d'informations au cours de votre journée. Les prenez-vous toutes en note? Quel type d'information décidez-vous de ne pas retenir? Maintenant, les offres publicitaires que vous recevez par la poste (cartes de crédit, nettoyage de tapis, cellulaires, entretien de pelouse,...). Répondez-vous à chacune d'elle? Vous passez peut-être près d'une multitude de magasins pendant votre journée sans vous arrêter dans chacun d'eux. Lesquels vous sont sans intérêt? On vous offre peut-être aussi de suivre des cours de boxe, de danse ou de cuisine végétarienne. Les suivez-vous tous? Comment faites-vous pour ne pas accumulez ces opportunités? Il se peut que vous l'ayez fait dans l' une de celles-ci . Cependant, la majorité de ces situations ne vous a causé aucun problème.

Cela démontre quelque chose de très important :

EN CE QUI CONCERNE LA PLUPART DES CHOSES DE VOTRE VIE, VOUS N'ÉPROUVEZ AUCUN PROBLÈME d'accumulation.

Puisque vous n'éprouvez aucun problème dans une telle variété de situations, cela signifie que votre raisonnement est correct la plupart de temps. Presque toujours, vous ne confondez pas l'imaginaire avec le réel.

Alors, pourquoi les situations où vous éprouvez des obsessions TAC devraient-elles être différentes? Le fait que vous ne vous rendiez pas compte que votre raisonnement dans les situations TAC diffère de celui des situations non TAC est une raison. Il est donc important de prendre conscience de comment vous raisonnez dans les situations TAC et à quel point cela s'éloigne de votre raisonnement habituel.

Pour cela, examinons tout d'abord une situation banale qui ne cause pas de doute imaginaire à la majorité des individus souffrant de TAC : disons que vous ayez l'intention de traverser une rue. Attention, si cette situation amène des doutes imaginaires, vous et votre thérapeute devez chercher une autre situation. Pour traverser, comment décidez-vous que ce n'est pas dangereux de le faire? De quelle information vous servez-vous afin de déterminer s'il est sans danger de traverser? Vous regardez à gauche et à droite pour vous assurer qu'il n'y a pas de voiture en vue. Vous décidez ensuite s'il est sans danger de traverser. Autrement dit, vous ne ressentirez aucunement le besoin d'aller au-delà de l'information directe. Ainsi, vous n'inventerez pas une histoire pour vous persuader que malgré le fait d'avoir déjà regardé, il se pourrait qu'une voiture soit sur le point d'arriver. Effectivement, vos sens l'emportent sur votre raisonnement et vous n'aurez aucun doute dans cette situation puisque, après tout, l'idée qu'il se peut qu'il soit dangereux de traverser est totalement fictive.

Maintenant, comparons la situation ci-dessus à une situation dans laquelle le doute imaginaire est assez fréquent. Vous vous apprêtez à jeter un ancien répertoire téléphonique puisque vous avez reçu le nouveau. Bien qu'aucune information directe ne vous indique que vous en avez toujours besoin, vous doutez et vous éprouvez le besoin d'y penser un peu. Vous imaginez une situation où vous pourriez en avoir besoin. Il s'agit d'une situation fictive mais qui pourrait arriver. Vous rebroussez chemin et vous le rangez avec le nouveau, juste au cas où. Dans cette situation TAC, votre raisonnement est différent : vous êtes dans un monde imaginaire et vous ne faites pas confiance à l'information directe! Pourtant, si vous vous serviez du même raisonnement que celui pour décider de la plupart

des choses dans votre vie, vous vous comporteriez de la même manière que lors de votre décision de traverser la rue. Autrement dit, vous diriez : « *aucune information directe ne m'indique que le nouveau répertoire comporte des erreurs* ». Cet événement n'est pas différent de celui qui consiste à traverser la rue.

Si avant de quitter vous réalisiez que le doute ne s'appuie pas sur l'information directe, en principe, vous devriez être capable de confronter la situation TAC avec la même confiance que pour traverser une rue. Le problème est de vous rendre compte jusqu'à quel point les situations TAC ressemblent à toutes les autres situations que vous rencontrez dans votre vie de tous les jours et donc qu'il n'y a pas de raison d'agir d'une façon différente dans les situations TAC.

Exercice 8**La nature sélective du doute imaginaire**

Il est fréquent que lorsque plusieurs personnes souffrant de TAC se rencontrent, elles se regardent avec incrédulité en prenant connaissance de leurs obsessions respectives. Elles n'arrivent pas parfois à comprendre les obsessions des autres. Pourtant, fondamentalement, l'obsession d'une personne n'est nullement différente d'une autre obsession chez quelqu'un d'autre. Cela repose sur les mêmes processus. Il est d'ailleurs intéressant de se rendre compte de la manière avec laquelle toutes les obsessions se ressemblent pour pouvoir prendre de la distance avec votre histoire TAC personnelle. En effet, pourquoi accorder du crédit à une histoire TAC, la vôtre, et pas à celles des autres.

Pour comprendre comment n'importe quelle situation peut se transformer en situation obsessionnelle, reprenons la situation où vous devez traverser une rue mais ajoutons-y l'histoire suivante :

« Il est dangereux de traverser la rue. J'ai entendu parler d'un accident qui est arrivé à quelqu'un qui faisait toujours très attention. Ainsi donc, les accidents peuvent arriver de manière inattendue même si vous faites attention aux voitures. Lorsque je traverse une rue, je ne regarde pas deux ou trois fois à gauche ou à droite. Je reste plutôt là, à attendre pendant de longues minutes pour voir s'il n'y a pas de voitures qui viennent. Même si je ne vois aucune voiture, il se peut qu'il y en ait une qui tourne le coin soudainement. Ou encore, il se peut que ce soit une voiture silencieuse que je ne peux entendre puisque maintenant il existe des voitures électriques. Finalement, je décide souvent de ne pas traverser la rue. Tout simplement, je ne me sens pas en sécurité même s'il n'y a aucune circulation. »

Tel que vous pouvez l'observer, nous avons inventé une histoire pour rendre problématique une situation banale. Comment a-t-on pu rendre une situation à ce point obsessionnelle pour qu'il soit possible d'envisager de ne jamais plus traverser la rue? La réponse est, bien sûr, celle dont vous avez entendu parler maintes fois auparavant... *en allant au-delà de l'information directe*. Réexaminez l'histoire et identifiez ces éléments qui vont au-delà de l'information directe et amènent ainsi du doute dans une situation qui de tous les points de vue n'est pas dangereuse si vous vous servez de l'information directe.

Avec votre thérapeute, choisissez à présent une situation qui ne déclenche pas de TAC et, comme dans l'exemple précédent, nous voulons que vous rendiez obsessionnelle cette situation banale. Autrement dit, pensez à toutes les raisons pour lesquelles cette situation pourrait être problématique. Envisagez aussi toutes les raisons pour lesquelles cette situation qui vous est neutre lorsque vous la percevez de façon non-obsessionnelle, pourrait s'avérer être un problème. Écrivez tout cela en développant une histoire d'à peu près 5-10 phrases. Quand vous aurez rédigé cette histoire obsessionnelle en allant au-delà de l'information directe, mettez-la côte à côte avec votre histoire TAC. Examinez la ressemblance entre les deux.

Vous devez être en mesure de vous rendre compte que votre histoire TAC n'est pas du tout différente de celle que vous avez fabriquée *de toutes pièces* dans l'exercice ci-dessus. Alors maintenant, posez-vous la question suivante : Pourquoi vais-je me servir d'une histoire qui va au-delà de l'information directe pour mon doute TAC dans une situation mais pas dans les autres? Après tout, l'histoire que vous venez de rédiger ne diffère pas de votre histoire TAC. Si vous êtes capable de vous rendre compte que la situation banale que vous avez rendue obsessionnelle ne diffère pas de votre histoire TAC, peut-être pouvez-vous alors vous comporter dans les situations TAC de la même manière que dans les situations banales.

La carte d'entraînement pour cette semaine contient un exercice semblable. Elle vous demandera de prendre note quotidiennement de toutes les situations vous entourant au cours desquelles vous faites confiance à l'information directe. Par la suite, vous devrez comparer celles-ci à des situations où vous utilisez un raisonnement TAC. Nous voulons que vous vous rendiez compte que votre raisonnement est normal dans beaucoup de situations et vous encourager à avoir confiance en l'information directe dans les situations TAC comme vous le faites déjà dans 99 % des situations de votre vie de tous les jours.

Feuille de travail 9**Le thème de vulnérabilité dans les histoires TAC**

Puisque nous approchons de la fin des feuilles de travail, nous voulons expliquer la nature sélective du doute TAC. Autrement dit, pourquoi avez-vous des doutes imaginaires dans certaines sphères de votre vie et non dans d'autres?

Une façon d'expliquer ceci est de vous rendre compte que, pour une raison ou l'autre, vous êtes très vulnérable à des pensées qui vous touchent au vif. Ces dernières peuvent être différentes d'une personne à l'autre car elles se rattachent à un thème différent qui vous est personnel. Souvent, ce thème parcourt l'histoire TAC. Par exemple, si en général, vous craignez de manquer de quelque chose à la maison, ce thème de vulnérabilité vous rend apte à développer des obsessions dans cette sphère de votre vie. Il se peut alors que vous développiez des obsessions et des doutes concernant la possibilité d'être une personne irresponsable même si vos sens et votre bon sens vous affirment le contraire. Nous sommes tous vulnérables à quelque chose, mais d'une personne à l'autre, cela s'exprime de manière différente. De plus, toutes les personnes ne développent pas un trouble d'accumulation compulsif. C'est seulement lorsque ces vulnérabilités font partie intégrante du processus confondant la réalité et l'imagination que vous êtes en bonne voie pour développer un TAC.

Votre vulnérabilité au TAC est une histoire dans laquelle vous tenez le rôle principal et vous devenez la personne que vous croyez être (votre identité). Par exemple, si vous avez fréquemment des obsessions concernant le fait « je jeter une information importante par erreur », alors, d'une façon ou de l'autre, vous vous percevez comme le « type » de personne susceptible de faire des erreurs d'inattention. Examinons une histoire dans ce style:

« Je suis le type de personne qui n'est pas suffisamment attentive »

Étant donné que je ne vis pas dans le moment présent, c'est-à-dire que je pense souvent au passé, au futur ou que je rêveasse fréquemment, je ne suis pas attentive à

ce que je fais. À cause de cela, je risque de faire des erreurs (comme par exemple, mal voir les montants sur mes factures). Aussi, je pourrais ne pas remarquer des informations importantes sur des documents. Si je garde tout, je pourrai retracer mes erreurs.

Lors de ma jeunesse, je n'étais pas une enfant attentive. Si j'avais été vraiment attentive et présente à l'école, je serais devenue médecin. Puisque je suis devenue éducatrice, cela démontre que je n'ai pas été suffisamment attentive. Je n'étais pas studieuse, ambitieuse ou rigoureuse comme ma sœur et mes cousines. Je n'ai pas sauté d'années à l'école comme mon amie. J'avais tendance aussi à me laisser aller dans mes études. Mon amie, elle, est une personne qui a les yeux brillants et qui vit dans le moment présent, elle est vraiment attentive et rigoureuse. Moi je suis moins efficace, moins organisée même si je donne l'apparence de l'être. Je remarque aussi que lorsque je suis mon cours de golf, je manque mes coups souvent. Si j'étais vraiment attentive, je réussirais mieux.

Il se peut que vous vous identifiiez à cette histoire ou non. Cependant, il est évident que cette personne se considère comme quelqu'un qui se distingue des autres. Selon elle, sa différence est susceptible de lui occasionner une variété de conséquences négatives. Puisqu'elle se perçoit ainsi, il est relativement facile de concevoir qu'elle sera vulnérable à certains types d'obsessions et de compulsions.

Quelle est votre vulnérabilité? Ci-dessous, vous trouverez quelques exemples vous démontrant comment relier vos obsessions et vos compulsions principales à votre vulnérabilité.

Si votre doute implique le fait de conserver des cartes et des cadeaux en souvenir, alors votre vulnérabilité pourrait se présenter de la façon suivante: « Je suis le type de personne qui pourrait manquer de reconnaissance »

Si vous avez besoin d'amasser tous les dépliant d'information que vous trouvez,, il se peut alors que votre vulnérabilité se présente de la manière suivante: « Je suis le type de personne qui pourrait ne pas être suffisamment informée »

Si vous essayez constamment d'apprendre des choses par cœur et si vous avez peur de les oublier, il se peut alors que votre vulnérabilité se présente de la manière suivante: « Je suis le type de personne qui pourrait oublier des choses »

Après avoir identifié la manière dont votre obsession ou doute se relie à votre façon particulière de vous percevoir, l'étape suivante est d'identifier l'histoire qui vous convainc de vous voir ainsi. Sur quelles raisons s'appuie votre manière particulière de vous percevoir?

Exercice 9

Le thème de vulnérabilité dans les histoires TAC

Le thème de vulnérabilité vous conduit à accorder de la crédibilité dans les doutes imaginaires. D'une certaine façon, le TAC fait de son mieux afin de miner votre confiance en vous-même dans les aspects les plus importants de votre vie. Nous ne soutenons pas que ceci soit la cause du TAC. La cause fondamentale du TAC reste encore peu connue. Mais il est certain que cette image de vous-même comme quelqu'un qui « pourrait être inattentif » ou « pourrait être perçu comme négligent » contribue à maintenir le problème.

Alors, comment allez-vous modifier cette image négative que vous avez de vous-même? Il faut d'abord être conscient de la personne que le TAC dit que vous êtes et de la personne que le TAC dit que vous n'êtes pas. Commencez par rédiger une histoire décrivant ce que le TAC dit que vous êtes. Servez-vous de votre obsession principale telle que décrite à la feuille de travail. Par exemple : « Il se peut que je sois le type de personne qui pourrait être inattentif » ou « Je suis le type de personne qui peut faire beaucoup d'erreurs ». Essayez de développer cette histoire autant que possible en écrivant toutes les raisons pour lesquelles il se peut que vous soyez la sorte de personne telle que dictée par votre TAC.

Après avoir rédigé l'histoire telle qu'imposée par le TAC, rédigez une deuxième histoire dont le contenu soutient le contraire. Par exemple, si la première histoire dit : « Je suis le type de personne qui pourrait être inattentive » alors la deuxième histoire devrait soutenir : « Je suis le type de personne qui accorde une attention suffisante aux choses importantes ». De même, si dans la première histoire vous avez donné des raisons expliquant pourquoi vous croyez être ce type de personne, dans la deuxième histoire, donnez des raisons justifiant le contraire ; autrement dit, un type de personne complètement différent de celui imposé par le TAC.

Ensuite, comparez les deux histoires. Si vous examinez les deux histoires lorsque vous vous sentez calme et serein, laquelle des deux vous décrit vraiment? En toute probabilité, l'histoire alternative est beaucoup plus correcte. Pour les prochaines séances, apportez ces deux histoires avec vous afin de partager avec le thérapeute vos intuitions quant à votre

vraie nature.

Un autre exercice qui fait partie de ceux décrits sur votre carte d'entraînement, consiste à reconsidérer vos propos lorsque vous parlez de vous-même. Évitez de faire appel aux phrases automatiques, aux métaphores ou aux dictons que vous utilisez habituellement et qui pourraient renforcer la vision négative de vous-même. Lorsque vous êtes conscient du fait que vous parlez de vous-même d'une façon qui pourrait renforcer votre thème personnel TAC, il faut vous reprendre et vous servir d'un langage plus approprié qui vous aidera à vous percevoir d'une manière non-TAC.

Par exemple :

« J'ai bâclé ce travail encore une fois! »

à remplacer par :

« Je pense ne pas avoir tout raté dans ce travail »

« Je suis lunatique! »

à remplacer par :

« Je n'ai pas remarqué que tu avais changé ta voiture »

« Je n'ai pas de tête, j'oublie tout! »

à remplacer par :

« Il m'arrive d'oublier certaines informations mais il est rare que j'oublie des choses réellement importantes »

Feuille de travail 10
Conscience de la réalité – tolérer le vide

Nous arrivons à la dernière feuille de travail de votre thérapie. Les progrès que vous avez faits dépendent de beaucoup de facteurs et les résultats varient d'une personne à l'autre. Certaines personnes auront besoin de plus de travail alors que d'autres peuvent bénéficier d'une thérapie de courte durée. Il se peut que vous ayez encore des doutes imaginaires que vous n'avez pas travaillé avec votre thérapeute et qu'il soit nécessaire de revoir les feuilles de travail depuis le début. De plus, pendant les séances à venir et même après la fin de la thérapie, lorsque vous pratiquerez par vous-même, il est important d'approfondir et de renforcer ce que vous avez appris jusqu'ici pendant votre thérapie. Peu à peu, vous augmenterez votre habilité à écarter les doutes imaginaires dans des situations de plus en plus difficiles.

Cependant, dès maintenant, une chose devrait être tout à fait évidente : le doute imaginaire est totalement différent du doute réel.

Il se peut que vous soyez d'accord avec tout ce que vous avez appris pendant la thérapie. Pourtant, vous êtes encore souvent la proie de fortes compulsions. Cela N'EST PAS possible car si vous étiez vraiment d'accord avec tout ce que vous avez appris jusqu'à ce point, et nous voulons vraiment dire être d'accord, alors vous n'auriez pas de doutes imaginaires ni de compulsions d'acquisition ou d'accumulation. Étant donné que tant et aussi longtemps que vous n'aborderez pas les aspects de la thérapie avec lesquels vous n'êtes pas d'accord, il est tout à fait possible que vous continuiez à souffrir de TAC, et il faut donc identifier les aspects de la thérapie qui font encore problème et en parler à votre thérapeute.

Il se peut aussi que vous ayez déjà commencé à observer qu'un changement dans vos compulsions s'est produit au cours de la thérapie. Peut-être vos doutes ont-ils diminué

d'intensité et que d'une manière tout à fait naturelle et sans trop d'efforts, à tout le moins pour certaines situations, vous avez commencé à vous impliquer dans des comportements moins compulsifs. Alors, maintenant, comment faut-il faire pour progresser? Pour surmonter le TAC, l'objectif à atteindre est d'avoir pleinement conscience de la réalité qui vous entoure dans les situations TAC et de tolérer le vide et l'inconfort que l'abandon du TAC implique.

Avoir conscience de la réalité nécessite de faire appel à l'information « ici et maintenant ». Cela signifie que vous devez percevoir vraiment ce qui existe autour de vous au lieu de vous adonner à des suppositions qui se basent sur une histoire TAC imaginaire. En effet, au lieu d'éviter une situation ou d'y ajouter un doute découlant de votre imagination, vous devez vous fier à une réalité qui fait appel à de l'information directe. Tel que vous l'avez appris dans votre thérapie jusqu'à maintenant, si vous vous fiez à l'information directe, il n'y aura aucune place pour le doute imaginaire. Par exemple, attendez-vous d'avoir de l'information provenant de l'extérieur avant de vérifier? Il arrive souvent que les personnes souffrant de TAC ne portent aucune attention à cette sorte d'information puisque l'histoire TAC a trouvé une façon de s'en passer. Pourtant, c'est la seule réalité qui peut résoudre votre doute imaginaire. Autrement dit, il faut que vous appreniez à avoir confiance à nouveau dans l'information directe et il faut réaliser que cela est suffisant.

Est-ce possible que cela soit aussi facile qu'avoir confiance en l'information directe? Oui et non. C'est facile car si vous avez vraiment confiance dans l'information directe, vous n'aurez pas alors de doute obsessionnel. Cependant, ce n'est pas facile car vous aurez l'impression de ne pas faire ce qu'il faut lorsque vous vous fiez à l'information directe. Vous serez confronté à un sentiment désagréable de vide. Cela peut produire de l'anxiété et de l'inconfort. Pourtant, vous faites ce qu'il faut faire et en effet, avoir confiance en l'information directe est tout ce que vous pouvez faire pour sortir du TAC.

Rassurez-vous, ce sentiment de vide et d'inconfort n'est que temporaire et finit par disparaître. Courage, il est temps de recommencer à avoir confiance en l'information directe!

Exercice 10**Conscience de la réalité – tolérer le vide**

L'exercice de cette page est le point culminant de tous les exercices que vous avez faits jusqu'à maintenant. Une stratégie concernant la manière d'aborder les doutes imaginaires s'y trouve. Si le TAC est très fort, on ne s'attend pas à ce que vous utilisiez toujours cette stratégie mais seulement lorsque vous croyez pouvoir vous écarter du monde TAC et revenir au monde réel où tout est bien en sécurité. Vous allez acquérir de plus en plus de confiance en vous-même au fur et à mesure que vous continuerez de pratiquer cet exercice. En effet, vous serez de plus en plus capable d'aborder des situations que vous trouviez autrefois plus difficiles. Si vous y arrivez assez souvent, vous vous rendrez compte que les doutes TAC ne surgissent plus aussi fréquemment ni aussi vivement qu'avant. Si les doutes TAC ne surgissent plus de tout, cela implique alors que vous êtes vraiment conscient de la nature imaginaire du doute.

- 1) Quand vous éprouvez un doute TAC , restez calme, ne faites rien. Imaginez que vous vous trouvez entre deux mondes : au milieu d'un pont reliant la réalité et l'imagination.
- 2) Concentrez-vous sur le monde de la réalité. Regardez ce qui s'y trouve. Ne regardez qu'une fois pour capter l'information directe transmise par vos sens. Ne faites aucun effort à cet effet.
- 3) À cet instant précis, vous devez vous rendre compte du fait que ce que vous voyez représente toute l'information dont vous avez besoin. Tout effort en vue d'obtenir plus d'informations signifie que vous basculez dans le monde du TAC.
- 4) Regardez en bas du pont sur lequel vous vous trouvez. Le vide que vous observez représente votre sensation de ne pas en avoir assez fait. Il représente aussi toute l'anxiété et l'inconfort que vous ressentez lorsque vous ne vous fiez pas à l'information directe mais que vous plongez dans le monde du TAC. Arrêtez-vous pendant un instant afin de vous rendre compte que ce monde est imaginaire. La certitude de la réalité ne se trouve que dans le monde de l'information directe et vous n'avez pas besoin de traverser le pont.
- 5) Ensuite, agissez selon l'information directe que vous avez obtenue. Ainsi, ne vous impliquez pas dans des comportements compulsifs et écarterz l'obsession.

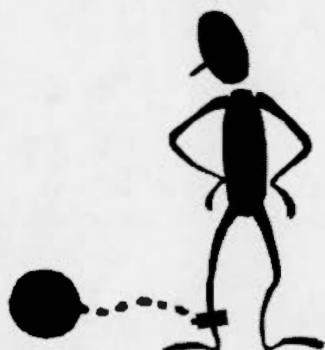
Puisque le TAC vous incitera à aller au-delà du nécessaire, au début, vous aurez de la difficulté à vous fier à l'information directe et à percevoir ce qui se trouve vraiment autour de vous. Il est donc nécessaire de porter attention à plusieurs choses pendant l'exercice. Se fier vraiment à l'information directe implique le fait de laisser ses sens vous faire part, de manière naturelle et exactement de la même façon que dans les situations non-TAC, de ce qui se trouve autour de vous. Cela exclut:

- 1) Vous mettre à examiner un objet en détails- si vous regardez longtemps un objet cela implique que vous vous efforcez trop de surmonter votre TAC. En effet, dès l'instant où vous fixez votre regard, vous plongez dans le monde TAC.
- 2) Jeter un coup d'œil rapide - lorsque vous jetez rapidement un coup d'œil, vous créez de l'ambiguïté, ce qui renforce votre imagination.
- 3) Se servir de l'imagination pour démêler des perceptions ambiguës - lorsque vous ne pouvez percevoir quelque chose clairement, soyez conscient alors que cette manière de vous y prendre ne représente pas la façon correcte de vraiment regarder.

Cet exercice, comme tous les autres, devrait vous montrer que la certitude ne provient pas d'un effort important. En effet, la certitude est là devant vous et y a toujours été. La chose que le TAC vous enlève, c'est la perception rassurante de la réalité. Au fur et à mesure que vous commencez à agir selon l'information directe, vous pouvez augmenter votre confiance en vous-même. Il vous sera alors évident que vous n'avez pas besoin d'en faire plus. Peu à peu, le vide s'effacera pour faire place à votre vraie personnalité, voilà la bonne nouvelle.

Ainsi donc, n'hésitez pas : plongez dans le vrai monde et apprenez à bien vous connaître!

Feuille-guide du participant



Obstacles

Décrivez les principaux obstacles qui pourraient nuire à la réussite de votre objectif de désencombrer.

Obstacles:

#1

#2

#3

#4

Feuille-guide participant

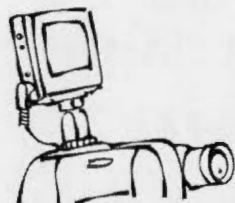
Exercice de visualisation (tiré de Steketee et Frost)

(Utiliser la feuille prévue)

- 1- Visualisez une pièce encombrée de votre maison. Notez à quel point cette image mentale vous crée de l'inconfort sur une échelle de 0 à 100. Ensuite, notez les émotions et les pensées observées.

- 2- Visualisez cette même pièce mais sans encombrement. Comment cette image vous fait-elle sentir? Encore une fois, notez votre degré d'inconfort sur une échelle de 0 à 100, vos émotions et vos pensées.

Feuille-guide participant



Exercice de visualisation

Pièce encombrée

Pièce: _____

- A. Visualisez cette pièce en pensant à tout ce qui y est accumulé. Imaginez-vous debout au milieu de la pièce vous tournant lentement afin d'observer toute la pièce.
- B. À quel point êtes-vous inconfortable quand vous pensez à toute l'accumulation qui encombre la pièce? Utilisez une échelle de 0 à 100 où 0 signifie que vous n'êtes pas du tout inconfortable et 100 où vous êtes extrêmement inconfortable.

Degré d'inconfort initial : _____%

- C. Nommez les émotions que vous aviez lorsque vous visualisiez cette pièce?

1. _____

2. _____

3. _____

- D. Nommez les pensées que vous aviez lorsque vous visualisiez la pièce?

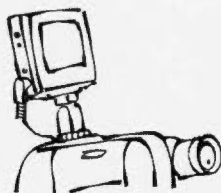
1. _____

2. _____

3. _____

Degré d'inconfort final : _____%

Feuille-guide participant



Exercice de visualisation

Pièce non encombrée

Pièce: _____

- A. Visualisez la même pièce que dans l'exercice précédent, mais sans encombrement. Imaginez-vous debout au milieu de la pièce vous tournant lentement afin d'observer toute la pièce. Voyez les tables sans les piles, le sol sans objets excepté les quelques meubles requis pour la pièce. Ne vous demandez pas où sont allées toutes vos choses, concentrez-vous sur cet environnement sans encombrement.
- B. À quel point êtes-vous inconfortable quand vous pensez à cette pièce sans encombrement? Utilisez une échelle de 0 à 100 où 0 signifie que vous n'êtes pas du tout inconfortable et 100 où vous êtes extrêmement inconfortable.

Degré d'inconfort initial : _____%

- C. Nommez les émotions que vous aviez lorsque vous visualisiez cette pièce?

1. _____
2. _____
3. _____

- D. Nommez les pensées que vous aviez lorsque vous visualisiez la pièce?

1. _____
2. _____
3. _____

Degré d'inconfort final : _____%

Feuille-guide participant

Exercice

Aspects positifs et négatifs

Il est difficile de se défaire d'une habitude lorsque nous vivons une ambivalence à changer. Il est donc important de bien prendre conscience des aspects tant positifs que négatifs de notre habitude. Prenez le temps de bien réfléchir et de noter les aspects identifiés.

Aspects positifs à l'accumulation	Aspects négatifs à l'accumulation

4. Devoirs

- Notez, sur un carton, vos facilitateurs qui serviront de rappel lors des moments de découragement.
- Terminer l'exercice des aspects positifs et négatifs de l'accumulation (sur la feuille prévue).
- Remplir un nouveau calepin.

Feuilles-guide participant

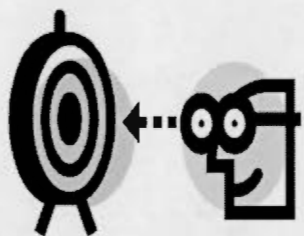


Rencontre 7

Objectif SMART

- Tour de table
 - Retour sur le calepin
 - Retour sur l'exercice de visualisation
 - Retour sur l'exercice des aspects positifs et négatifs du TAC
- Objectif SMART
 - Spécifique
 - Mesurable
 - Attirant
 - Réaliste
 - Temps
- Exemple d'un objectif SMART
 - Désencombrer le lit de la chambre d'amis, de sorte qu'il n'y ait aucun objet ou vêtement, pour permettre à ma petite fille de rester à coucher. Sera terminé au plus tard le 20 décembre 2012.
- Devoirs
 - Identifier un objectif SMART (utiliser la feuille prévu à la page 2)
 - Choisir un objet lié à l'objectif SMART et l'apporter à la prochaine rencontre (pour exercice seulement, pas pour s'en défaire)
 - Nouveau calepin à remplir

Feuilles-guide participant



Objectif SMART

Identifiez votre objectif SMART en tenant compte que vous aurez 10 semaines pour le réaliser.

Mon objectif :

- Est-il spécifique? ☐
- Est-il mesurable? ☐
- Est-il attirant? ☐
- Est-il réaliste? ☐
- Y a-t-il un délai clair prévu? ☐

Identifiez un objet lié à votre objectif et apportez-le à la prochaine rencontre. Ne vous inquiétez pas pour l'objet, vous pourrez le conserver: nous l'utiliserons seulement pour les exercices des prochaines semaines.

Feuille-guide participant



Rencontre 8

Doute illusoire

Doute réel

1. Tour de table

- Calepin
- Objectifs SMART:
 - a. Correspondent-ils aux critères SMART?
- Retour sur les facilitateurs (rencontre 6)

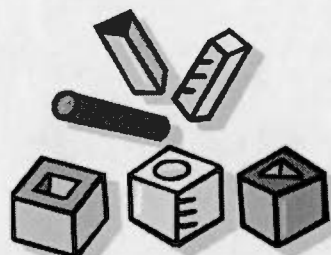
2. Doubte illusoire et doute réel

- Qu'est-ce qui les distingue?
- Identifier le doute qui correspond à l'objet apporté?
- Identifier des situations où les objets seraient sujets à des doutes réels.

3. Devoirs

- Lire la feuille de l'étape 1
- Remplir le calepin pour la semaine

Feuille-guide participant



Rencontre 9

Logique du TAC

1. Tour de table

- doutes illusoirs et doutes réels identifiés
- Aspects ambigus?
- Questions?
- Commentaires?
- Poursuivre avec l'objet

2. logique du TAC

- Les idées du TAC tombent-elles de nulle part ou proviennent-elles d'une certaine logique ?
- Les différents types d'arguments logiques selon les études sur le raisonnement
- Identifiez les arguments logiques découlant du doute à propos de votre objet? (exercice en groupe ou seul)

3. Devoirs

- Terminer l'exercice de l'étape 2 (au verso de la feuille de travail)
- Compléter le calepin pour la semaine

Feuille-guide participant



Rencontre 10 Doute TAC est 100% illusoire

1. Tour de table

- exercice fait à la maison
- Questions ?
- Commentaires ?

2. Le doute TAC est 100% illusoire et donc, 100 % non pertinent

- Comment est-ce possible que le doute TAC soit totalement non pertinent?
- Vérifiez vos doutes TAC :
 - Y en a-t-ils qui vous apparaissent pertinents à vos yeux?
(exercice en groupe ou en individuel)
- Échange en groupe
 - questions
 - commentaires

3. Devoirs

- Faire l'exercice de l'étape 3
- Remplir le calepin pour la semaine

Feuille-guide participant



Rencontre 11 Comment le TAC devient une expérience vécue

1. Tour de table

- exercice fait à la maison
- Questions?
- Commentaires?

2. Comment le TAC devient une histoire vécue

- Nous organisons les informations en formant des histoires
- Les histoires sont des narratifs habituellement accompagnés d'images et/ou de films et génèrent des émotions, certaines pouvant être très puissantes conférant ainsi une apparence de réalité aux pensées imaginées.
- Expérience

3. Écriture de l'histoire TAC

- Utiliser la feuille prévue pour l'exercice

4. Devoirs

- Terminer l'histoire TAC
- Remplir le calepin pour la semaine

Feuille-guide participant



Histoire TAC

Titre : « Peut-être que... »

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

_____. Pour toutes ces raisons, je dois conserver cet
(ces) objet (s).

Feuilles-guide participants



Rencontre 12

Histoire alternative

1. L'histoire alternative

- L'histoire TAC paraît crédible parce qu'elle est répétée depuis longtemps et qu'elle est vécue comme réelle.
- L'histoire alternative se construit à partir d'un autre point de vue qui considère les évidences de la réalité.
- exemples d'histoires alternatives

2. Écriture de l'histoire alternative

- Utiliser la feuille prévue pour l'exercice

3. Devoirs

- Terminer l'histoire alternative
- Calepin pour la semaine

Feuilles-guide participants



Histoire alternative

Titre: _____

..... Pour

toutes ces raisons, il n'est pas pertinent de conserver cet (ces) objet (s).

Feuilles-guide participant



Rencontre 13

Partie I

Franchir la frontière du réel

1. Tour de table

- Présentation du carton

2. Lecture de l'histoire TOC et de l'histoire alternative

3. Franchir la frontière du réel

- Comment le TAC s'y prend-il pour amener une personne à franchir la frontière qui mène vers l'imaginaire et donc vers le TAC?
- Exercice individuel ou en groupe
- Le devoir de la semaine, comment procéder?

4. Devoirs

- Devoir/exercice de l'étape 5
- Calepin pour la semaine

Feuilles-guide participant



Rencontre 13

Partie II

Franchir la frontière du réel

1. Tour de table

- exercice fait à la maison

2. Comment revenir dans le monde de la réalité

- Distinction entre les doutes et les convictions
- Les critères de la réalité

3. Devoirs

- Pratique de l'exercice : « revenir à la réalité »
- Calepin pour la semaine



Rencontre 14

Le Soi TAC

1. Tour de table

- exercices faits à la maison

2. Le Soi TAC

- Le TAC est le résultat, entre autre, d'une crainte d'être un certain type de personne (que vous ne voulez pas être). Cette crainte qui n'est pas fondée mais qui vous est perçue comme possible, vous amène à douter et céder dans les situations TAC.
- exemples d'histoires
- Examinez vos doutes TAC et tentez de découvrir cette personne que le TAC vous dit que vous êtes ou que vous pourriez être. Notez les réflexions sur la feuille prévue pour l'exercice.
- Partage des réflexions sur le sujet du Soi TAC par les participants qui le souhaite.

3. Devoirs

- Poursuivre la réflexion sur le Soi TAC
- Compléter le calepin pour la semaine

Feuilles-guide

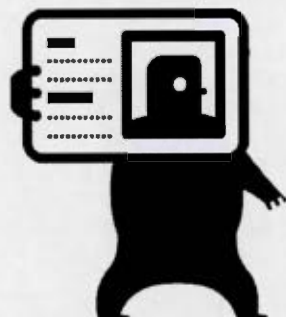


Feuille de réflexion sur le Soi TAC

Qui est la personne que votre TAC vous dit que vous êtes ou que vous pourriez être?

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Feuilles-guide



Rencontre 15

Le soi réel

1. Tour de table

- Résumé du devoir sur le Soi TAC
- Questions?
- Commentaires?

2. Le Soi réel

- Le Soi TAC n'est pas fondé. Accumuler et conserver les objets renforcent le Soi TAC car il vous convainc que les objets vous protègent.
- Identifiez les éléments vous permettant de décrire de façon réelle votre identité (par opposition au Soi TAC).
- Débutez l'écriture de l'histoire du Soi réel avec les arguments à l'appui.

3. Devoirs

- Compléter l'histoire du Soi réel
- Calepin pour la semaine

Feuilles-guide



Histoire Soi réel

Titre : « Je suis une personne » _____

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no text or other markings on the paper.

Puisque je sais que je suis une personne _____, je n'ai plus besoin des objets pour me rassurer.



Rencontre 16

Soi réel

Les objets TAC n'ont plus leur place

1. Tour de table

- Discussion
 - prises de conscience du Soi réel
 - rôle des objets TAC
- Travail en sous-groupe (si besoin)

2. Devoirs

- poursuivre l'histoire du Soi réel (au besoin)
- prendre conscience de l'inutilité des objets TAC pour le Soi réel
- compléter le calepin pour la semaine

Feuilles-guide participants



Histoire Soi réel

Titre : « Je suis une personne _____ »

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

Puisque je sais que je suis une personne _____, je n'ai plus besoin des objets pour me rassurer.



Rencontre 17

Stratagèmes de raisonnement TAC

1. Revoir l'objectif SMART

2. Stratagèmes de raisonnement TAC

- Les stratagèmes de raisonnement : explications et exemples
- Découvrir les stratagèmes de raisonnement dans sa propre histoire TAC

3. Devoirs

- Prendre conscience au quotidien de ses stratagèmes de raisonnement TAC
- Mettre en œuvre les actions concernant son objectif SMART
- Calepin pour la semaine



Rencontre 18

Nature sélective du doute

1. Nouveaux calepins

- objectif TAC

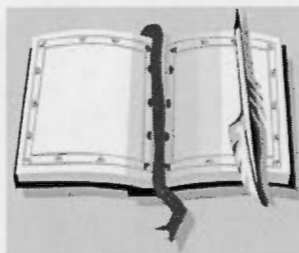
2. Nature sélective du doute TAC : le raisonnement TAC ne s'applique pas à plusieurs objets ou domaines de votre vie. Donc, vous savez déjà raisonner en privilégiant les évidences de la réalité.

- Identifier les secteurs de la vie où les raisonnements sont différents de celui du TAC (loisirs, travail, activités quotidiennes (cuisiner, payer un compte, se laver...)).
- Trouver un type d'objet qui n'est pas inclus dans le problème d'accumulation :
 - Rendre cette activité ou objet obsessionnelle (utiliser la feuille prévue)

3. Devoirs

- Compléter le calepin pour la semaine

Feuilles-guide – rencontre 18



Histoire TAC

Titre

« Peut-être que : _____ »

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Pour toutes ces raisons, je dois conserver cet (ces) objet (s).

Feuille guide participant



Rencontre 19

Conscience de la réalité –tolérer l'étrangeté

1. Tour de table

- les stratagèmes de raisonnement
- prise de conscience
- questions
- progrès au niveau de l'objectif TAC

2. Feuille de travail 10

- Lecture
- explications
- Que faire avec l'espace après le désencombrement?

3. Devoirs

- Poursuivre objectif TAC
- Compléter le calepin pour la semaine

Feuille guide du participant



Rencontre 24

Maintien des acquis Prévention de la rechute

1. Tour de table

- les réussites

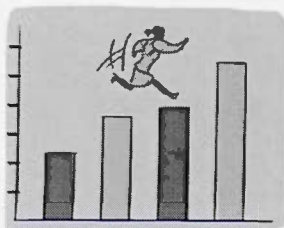
2. Maintien des acquis

- Prévention de la rechute (p. 73 du livre « Entre Monts et Merveilles »)
 - Méthodes qui fonctionnent le mieux pour moi
 - Fiche de prévention de la rechute
- Compétences acquise en conjuguant avec le TAC (p. 73-74 du livre « Entre Monts et Merveilles »)
 - Liste à cocher

3. Devoirs

- remplir les questionnaires POST (remettre à la rencontre individuelle)

Feuille guide du participant



Méthodes qui fonctionnent le mieux pour moi

Qu'est-ce qui fonctionne le mieux, pour vous, dans le désencombrement? Nommez vos méthodes gagnantes.

Méthode 1 :

Méthode 2 :

Méthode 3 :

Méthode 4 :

Méthode 5 :

Méthode 6 :

Méthode 7 :

Feuille guide du participant



Fiche de prévention de la rechute

Y a-t-il des situations qui pourraient vous faire rechuter? Si oui, inscrivez-les sur cette feuille et écrivez ce que vous pourriez mettre en place pour prévenir une rechute.

Situation à risque 1: _____

Ce que je pourrais mettre en place pour prévenir la rechute :

- _____
- _____
- _____
- _____

Situation à risque 2: _____

Ce que je pourrais mettre en place pour prévenir la rechute :

- _____
- _____
- _____
- _____

Situation à risque 3: _____

Ce que je pourrais mettre en place pour prévenir la rechute :

- _____
- _____
- _____
- _____

APPENDICE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



Centre de recherche
Fernand-Seguin
de l'Hôpital
Louis-H. Lafontaine

Animés par l'espoir



Hôpital
Louis-H. Lafontaine

Animés par l'espoir

FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENT ET DE CONSENTEMENT Adultes

Comparaison de deux modalités de traitement pour le trouble de l'accumulation compulsive avec une composante de réalité virtuelle

Chercheurs responsables :

Kieron O'Connor, Ph. D.,
psychologue, CRFS
Marie-Eve St-Pierre-Delorme,
B. Sc., Candidate au Ph. D. en
psychologie, UQAM

Organisme subventionnaire :

Fonds de la recherche en santé du
Québec (FRSQ)

Il est important de bien lire et comprendre le présent formulaire d'information et de consentement pour la recherche à laquelle nous vous demandons de participer. Prenez le temps nécessaire pour lire et comprendre tous les renseignements liés à cette recherche. Vous pouvez consulter vos proches et amis. Le formulaire d'information et de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable ou aux membres de son équipe.

Description du projet de recherche

Le présent projet porte sur l'évaluation de différentes modalités de traitement pour le trouble d'accumulation compulsive (TAC). Ce trouble est caractérisé par l'entassement d'une énorme quantité d'objets sans valeur apparente, par une incapacité de s'en débarrasser, par une utilisation inadéquate des pièces de la résidence de la personne ayant le trouble et à une détresse significative chez l'individu. Le projet de recherche offre deux modalités de traitement soit une thérapie de groupe de vingt rencontres hebdomadaires d'une durée de 1h30 ou une thérapie individuelle d'une heure trente. Tous les participants participeront à une condition en Réalité virtuelle (RV).

Nature de la participation

Votre participation à cette étude implique trois étapes principales : l'évaluation psychologique, la thérapie basée sur les inférences avec la réalité virtuelle et la complétion de questionnaires.

1. Évaluation psychologique

Vous devrez rencontrer à quatre reprises une évaluatrice psychologique. La première rencontre aura pour objectif d'évaluer vos symptômes et les trois autres rencontres qui auront lieu à la fin du traitement, six mois et 12 mois suivant la fin du traitement, serviront à évaluer l'évolution de vos symptômes suites aux sessions de thérapie. Vos rencontres d'évaluation se feront en personne, au Centre de recherche Fernand-Seguin ou à l'hôpital Louis-H. Lafontaine.

2. Thérapie basée sur les inférences

Vous recevrez un traitement psychologique de groupe de type TBI avec un psychologue spécialiste pour une durée totale de six mois. Le traitement consiste à recevoir des informations détaillées sur le TAC, à modifier votre façon de le gérer et à apprendre de nouvelles stratégies pour mieux composer avec les symptômes. À certains moments dans le traitement, vous aurez des exercices à accomplir à la maison (p. ex., noter des comportements, pratiquer les nouvelles stratégies, etc.). Ce traitement n'implique aucune prise de médicament. Les rencontres de thérapie de groupe ou individuelles, d'une durée de 1h30 auront lieu au Centre de recherche Fernand-Seguin.

Si vous recevez déjà des médicaments de votre médecin ou psychiatre, cela demeure la responsabilité de ce dernier pendant le traitement. Cependant, vous devez vous engager à ne pas augmenter la dose ni à modifier le type de médicament sans l'accord de votre médecin ou psychiatre traitant et sans avertir votre thérapeute dans les plus brefs délais.

Évaluation par questionnaires

Tout au long de votre participation à cette recherche, vous aurez à compléter plusieurs questionnaires dans le but de nous permettre d'évaluer et de recueillir des informations sur les aspects entourant la problématique traitée. En premier lieu, ces questionnaires vous seront remis lors la période d'évaluation afin de déterminer si vous rencontrez les critères d'inclusion de la recherche. Ensuite, durant votre thérapie, le psychologue vous remettra des questionnaires à remplir à la maison que vous devrez lui remettre par la suite. À deux moments suivant la fin de la thérapie vous recevrez, des questionnaires par la poste que vous aurez à compléter et à retourner (par la poste) au Centre de recherche Fernand-Seguin. Les enveloppes de retour dûment timbrées vous seront fournies.

Solutions de rechange à la participation

Suite aux évaluations, il est possible que le psychologue conclue que la thérapie offerte ne réponde pas adéquatement à vos besoins. Nous vous fournirons alors les informations et les références nécessaires afin de vous diriger vers les ressources appropriées.

Les traitements pharmacologiques peuvent aider à réduire les symptômes associés à l'accumulation compulsive, cependant, ils peuvent apporter des effets secondaires. Si vous désirez avoir plus d'informations sur ce sujet, parlez-en avec votre médecin traitant ou un psychiatre. En consultation privée, vous pouvez bénéficier d'une thérapie cognitive-comportementale avec un psychologue spécialisé dans le TOC, pour obtenir des références, vous pouvez appeler la coordonnatrice de projet, au 514-251-4015 #3585 ou appeler à l'Ordre des psychologues du Québec ou consultez leur site internet :

ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC

Adresse :

Ordre des psychologues du Québec
1100, avenue Beaumont, bureau 510
Mont-Royal (Québec) H3P 3H5
info@ordrepsy.qc.ca
www.ordrepsy.qc.ca

Heures d'ouverture :

Du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 12 h et de 13 h 30 à 16 h 30.

Téléphone et télécopieur :

Tél. : 514 738-1881 ou 1 800 363-2644
Télec. : 514 738-8838

Inconvénients pouvant découler de votre participation au projet de recherche

Cette recherche implique peu d'inconvénients pour le participant. Toutefois, pour les personnes prenant part à la réalité virtuelle, il y a la possibilité de cybermalaises. Voici une liste des cybermalaises possibles lors de l'immersion : (1) les problèmes oculaires (fatigue des yeux, vision embrouillée ; maux de tête), (2) la désorientation (vertige, déséquilibre); (3) les nausées (vomissements, étourdissements) ; (4) l'inconfort général, la difficulté à faire le focus, l'augmentation de la salivation, la transpiration, l'impression de lourdeur dans la tête, conscience de l'estomac et les rots ; (5) le syndrome de sopite (mal des transports se manifestant uniquement par des signes de fatigue (difficulté de se concentrer ou de faire des efforts, l'apathie, les sensations de grande fatigue, de faiblesse, de lourdeur, etc.)

Environ 60% des utilisateurs d'environnements virtuels rapportent avoir ressentis des cybermalaises lors de leur première immersion. Environ 5% des utilisateurs en réalité virtuelle ressentent des symptômes sévères et environ 5% des utilisateurs ne ressentent aucun effet secondaire. Il est à noter que ces symptômes n'entraînent aucune complication sévère et que si des symptômes survenaient lors de la procédure elle serait suspendue.

Avantages pouvant découler de votre participation au projet de recherche

Vous recevrez gratuitement un traitement adapté pour traiter les symptômes du TAC.

Les données recueillies permettront de faire avancer la compréhension des mécanismes entourant la problématique et des nouvelles alternatives de traitements pour le trouble d'accumulation compulsive.

Indemnité compensatoire

Aucune

Liberté de participation et de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons ou en faisant connaître par simple avis verbal votre décision au chercheur ou à l'un des membres de l'équipe. Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les soins qui vous seront fournis par la suite ou sur vos relations avec votre médecin et les autres intervenants.

Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous serez référé à d'autres professionnels pour un traitement. Advenant votre retrait de la recherche, les données recueillies pendant votre participation seront conservées selon les règles de confidentialité en vigueur.

Certaines circonstances peuvent mener à un retrait prématuré si votre santé psychologique est compromise ou si vous devez modifier votre médication pour des raisons médicales. Nous devons alors mettre fin à votre participation. Dans ce cas, vous pourrez en discuter avec votre thérapeute qui vous réfèrera à un professionnel.

Autorisation à transmettre les résultats

J'autorise le chercheur responsable de ce projet de recherche à transmettre les résultats de mon évaluation à mon médecin traitant si cela est pertinent :

Oui ☐ Non ☐

Nom et adresse du médecin traitant

Confidentialité

Les observations effectuées, les résultats aux questionnaires et aux entrevues recueillis dans le cadre du projet de recherche décrit ci-dessus seront traités de manière tout à fait confidentielle et codifiée par numéro. Les documents papiers seront centralisés dans une filière sous-clé et les données informatisées seront intégrées à une base de données avec un mot de passe sécurisé. Seulement les membres de l'équipe de recherche auront accès aux résultats. Ceux-ci seront gardés sous clé dans un local réservé à cette fin. Il est entendu que les résultats de la présente étude pourront servir à des fins de publication scientifique tout en respectant les règles de confidentialité. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier. Les données du projet de recherche seront conservées jusqu'à une période de 7 ans suivant la fin de l'étude, après quoi elles seront détruites.

Financement du projet de recherche

Le chercheur a reçu des fonds de l'Institut de Recherche en Santé du Canada (IRSC) pour mener à bien ce projet de recherche.

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous avez des questions sur le traitement psychologique qui vous est offert dans le cadre de ce projet de recherche ou si vous croyez que vous éprouvez un problème relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable (Kieron O'Connor) du projet de recherche au numéro suivant 514-251-4015 poste 2343 ou avec la coordonnatrice de projet au poste 3585.

Personnes ressources

Pour toute question sur vos droits à titre de participant à une recherche ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter :

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
Hôpital Louis- H. Lafontaine
7401, rue Hochelaga Pavillon Bedard, 2^e étage, Porte BE-2148
Montréal, QC
H1N 3M5
Téléphone : 514-251-4015 poste 2920
Télécopieur : 514-251-2964

Surveillance des aspects éthique du projet de recherche

Le comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche Fernand-Seguin a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche. A ce sujet, vous pouvez contacter :

Secrétariat du comité d'éthique de la recherche
Hôpital Louis-H. Lafontaine
7401, rue Hochelaga
Montréal (Québec) H1N 3M5
Téléphone : (514) 251-4015 poste 2442
Courriel : comite.ethique@crfs.rtss.qc.ca

Pour toutes questions concernant les règles entourant la pratique des psychologues, vous pouvez vous adresser à l'ordre des psychologues du Québec (OPQ) :

Ordre des psychologues du Québec
1100, avenue Beaumont, bureau 510
Mont-Royal (Québec) H3P 3H5
Tél. : 514-738-1881 ou 1 800 363-2644
info@ordrepsy.qc.ca
www.ordrepsy.qc.ca

CONSENTEMENT**Participants de 18 ans et plus**

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. On me remettra une copie signée du présent formulaire d'information et de consentement.

Prénom et nom du participant (lettres moulées)**Signature**

Date**DÉCLARATION DU CHERCHEUR RESPONSABLE**

Je certifie que j'ai expliqué au participant de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le participant avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice et je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement.

**Prénom et nom du chercheur responsable
ou du délégué qui a obtenu le consentement (lettres moulées)****Signature**

Date

Le présent formulaire sera consigné à votre dossier médical.

Demande d'autorisation d'enregistrement

On m'a expliqué le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance que des enregistrements (vidéo/audio/ ou autre) seront effectuées pour permettre une analyse subséquente par un ou plusieurs chercheurs ou professionnel de recherche. On m'a expliqué les raisons de ces enregistrements. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu. On a garanti, à ma satisfaction, la confidentialité de ces enregistrements et on m'a informé qu'ils seront conservés jusqu'à une période de 7 ans suivant la fin de l'étude, après quoi ils seront détruits. Après réflexions, j'accepte que ces enregistrements soient effectués mais je conserve le droit de demander en tout temps que ces enregistrements soient détruits.

Nom du participant (lettres moulées)
Date

Signature
Demande d'autorisation de visite à domicile et prise de photographie

On m'a expliqué le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance que des visites à domicile et des photographies de ma demeure seront effectuées pour permettre au thérapeute de m'aider dans mon environnement. On m'a expliqué les raisons de ces visites et de ces photos. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu. On a garanti, à ma satisfaction, la confidentialité de ces photographies et on m'a informé qu'elles seront conservées jusqu'à une période de 7 ans suivant la fin de l'étude, après quoi elles seront détruites. Après réflexions, j'accepte que ces visites à domicile et photographies soient effectuées mais je conserve le droit de demander en tout temps que les photos soient détruites.

Nom du participant (lettres moulées)
Date

Signature

APPENDICE C
APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE



Institut universitaire
en santé mentale
de Montréal

Le 21 mai 2013

Monsieur Kieron O'Connor
Institut universitaire en santé mentale de Montréal

PAR COURRIEL

Objet : Renouvellement annuel de l'approbation éthique

Projet n° 2011-007 – Évaluation d'une composante de réalité virtuelle dans le traitement de
l'accumulation compulsive.

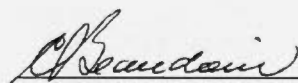
Chercheur principal : Kieron O'Connor
Étudiante : Marie-Eve St-Pierre-Delorme

Monsieur O'Connor,

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, en comité restreint, a pris connaissance de votre « Formulaire de renouvellement annuel de l'approbation éthique » (F9-567) soumis le 13 mai 2013

Le CÉR approuve le suivi de projet de recherche et renouvelle le certificat d'éthique pour une période d'un an, soit *du 19 mai 2013 au 18 mai 2014*.

Espérant le tout à votre entière satisfaction, je vous prie d'agréer, monsieur O'Connor, mes meilleures salutations.


M^e Odette Beaudoin, présidente
Comité d'éthique de la recherche

/kl

7401, rue Hochelaga
Montréal (Québec)
H1N 3M5

Téléphone : 514 251-4000
iusmm.ca

ATTILIS A
Université 
de Montréal

APPENDICE D

PROTOCOLE DE RÉDUCTION DES CYBERMALAISES

PROTOCOLE

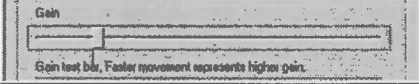
Pour favoriser la réduction des cybermalaises

Laboratoire de Cyberpsychologie (UQO)

mars 2003



Ajustement de l'équipement

Étapes	Explication
<p>Ajuster la sensibilité de l'appareil de suivi des déplacements (« tracker ») du casque virtuel :</p>  <p style="text-align: center;">(moyenne = 4)</p>	<p>Permet de minimiser et stabiliser les retards entre le mouvement de la tête et de l'image virtuelle.</p> <p>L'ajustement de cet appareil permet de diminuer surtout les problèmes oculo-moteurs, les nausées, les étourdissements et la fatigue reliée à la compensation des systèmes sensoriels.</p> <p>➔ Bouger lentement la tête lors de l'immersion permet de réduire considérablement les cybermalaises.</p>
<p>Bien ajuster le casque virtuel sur la tête. Essayez le casque vous-même pour vous donner une idée.</p>	<p>L'ajustement trop serré du casque ou si le poids est trop vers l'avant, cela peut causer des maux de tête, de la douleur aux muscles des épaules ou une pression au cou.</p>
<p>Faites visiter un environnement virtuel neutre avant l'immersion.</p>	<p>Permet de tester l'équipement et d'évaluer l'intensité des cybermalaises selon les différences individuelles.</p>

Information aux utilisateurs du système virtuel

Étapes	Explication
<p>Mesurer l'état de santé avant l'immersion.</p>	<p>Les personnes qui souffrent de maladies physiques ou mentales doivent être évaluées par un médecin.</p> <p>L'utilisateur doit se sentir bien avant même de débiter, car il sera plus difficile de déterminer si les effets secondaires sont causés par leur état de santé ou par l'équipement virtuel.</p>

<p>Mesurer l'état de santé avant l'immersion (suite).</p>	<p>À éviter si l'utilisateur souffre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ d'épilepsie ou de migraines; ❑ de maladies de l'équilibre ou des yeux; <li style="text-align: center;">ou ❑ s'il consomme des psychotropes. <p>Évitez l'exposition virtuelle pour ceux souffrant d'un trouble comorbide tel qu'un trouble psychotique, bipolaire, paranoïde ou toutes autres difficultés à identifier la réalité ou ayant des problèmes d'identité évidents. La consommation de psychotropes fait aussi partie des risques importants.</p> <p>➔ Anticipez la possibilité que l'intensité des cybermalaises soit plus grande lors de la 1^{re} expérience virtuelle.</p>
<p>Éduquer l'utilisateur sur les risques potentiels pendant et suite à l'exposition virtuelle.</p>	<p>Informez l'utilisateur des symptômes pouvant être ressentis (cybermalaises) ainsi que leur causes pendant et après (p. ex. dérangement du système visuel, « flashbacks », déséquilibre, etc.) l'immersion virtuelle. Faire un lien avec la consommation d'alcool ou le mal des transports peut aider.</p> <p>➔ Remettre à tous les utilisateurs le <u>dépliant</u> d'information sur les cybermalaises.</p>
<p>Informez sur le temps de transition entre le réel et le virtuel.</p>	<p>Tout dépendant de la complexité de l'environnement virtuel, l'utilisateur doit être informé que la durée de transition au nouvel environnement peut prendre de 30-60 secondes.</p> <p>Préparer l'utilisateur pour cette transition en les informant que cela représente une période d'ajustement.</p>
<p>Éviter les mouvements rapides ou brusques.</p>	<p>Avertir d'éviter les mouvements demandant un haut taux d'accélération linéaire ou circulaire ou tout autre manœuvre extraordinaire (p. ex. voler en reculant), particulièrement pendant l'interaction initiale.</p>

Terminer immédiatement la session en cas de cybermalaises importants.	<p>Informez l'utilisateur que la session se termine s'il ressent trop d'effets secondaires. Une exposition prolongée (plusieurs heures sans pause) est connue pour aggraver l'intensité des effets secondaires.</p> <p>→ Certains utilisateurs sont instables après l'exposition. Ils peuvent avoir besoin d'assistance pour se lever initialement.</p> <p>→ Il est préférable de distinguer les symptômes d'anxiété et de cybermalaises afin d'éliminer la confusion ou d'encourager l'évitement.</p> <p>→ Nous sommes en grande partie responsables de l'état de santé de nos participants si le malaise est directement causé par l'équipement.</p>
--	--

Quantifier l'intensité des cybermalaises

Étapes	Explication
Faire une évaluation initiale de l'environnement.	<p>En essayant vous-même l'équipement et en parlant aux utilisateurs de la réalité virtuelle, vous pourrez déterminer le niveau moyen de cybermalaises ressentis dans l'environnement que vous désirez utiliser.</p>
Observer les utilisateurs pendant et après l'exposition.	<p>Vous pouvez noter les commentaires et les comportements afin d'ajuster l'équipement en fonction de la sensibilité de chacun (p. ex. selon l'âge, le sexe, etc.).</p> <p>Une personne doit être disponible en tout temps pour évaluer les comportements et d'assurer le bien-être de l'utilisateur. Cette personne doit aussi être en mesure d'assister l'utilisateur s'il est pris ou perdu dans l'environnement virtuel.</p> <p>→ En cas de besoin, on peut mesurer la coordination visuelle et la stabilité posturale. Des exercices ressemblant aux tests de sobriété peuvent être utilisés pour évaluer <u>l'équilibre</u> (p. ex. se tenir sur un pied, marcher sur une ligne imaginaire), la <u>coordination motrice</u> (p. ex. taper des mains et alterner en touchant le nez avec le</p>

Observer les utilisateurs pendant et après l'exposition.	bout du doigt les yeux fermés) et la <u>coordination oculaire</u> (p. ex. suivre un crayon sans bouger la tête). Ne pas laisser partir l'utilisateur qui échoue ces exercices et l'encourager d'éviter les activités à risque jusqu'à ce qu'il se sente bien (p. ex. demander à quelqu'un de le reconduire à la maison).												
Identifier les indicateurs de malaises.	<p>La transpiration abondante, les signes de frustration, la difficulté de mouvement dans l'environnement virtuel pour une longue période de temps et la diminution de mouvements (p. ex. de la tête) sont des signes que la personne ressent des effets secondaires.</p> <p>La respiration haletante et les rots sont habituellement des signes de pré-vomissement associés à la réaction émétique.</p> <p>Les utilisateurs souffrant de ces symptômes doivent être observés de près. Une attention particulière peut être nécessaire pour certaines personnes après l'immersion, bien que soit très exceptionnel.</p> <p>→ Il est favorable d'avoir un sac ou une poubelle près de l'utilisateur en cas de vomissement.</p>												
Mesurer et anticiper le niveau d'abandon.	<p>Chaque immersion ne devrait pas dépasser de 20 à 30 minutes. Si la majorité des utilisateurs ressentent des symptômes après 10 minutes, l'équipement a alors besoin d'être ajusté.</p> <p>Plus le taux d'abandon est élevé, plus il y a de chance que l'équipement soit mal ajusté.</p>												
Mesurer le degré de cybermalaises.	Mesurer ensuite le degré de cybermalaises avant, pendant (0-100) et après l'immersion (Questionnaire sur les Cybermalaises ou QC).												
Comparer le degré de cybermalaises de votre équipement avec d'autres équipements.	<p>Utiliser le tableau suivant (basé sur 29 études):</p> <table> <tr> <th>Quartile</th><th>Scores du SSQ (v.a. du QC)</th></tr> <tr> <td>25^e</td><td>15.5</td></tr> <tr> <td>50^e</td><td>20.1 (moyenne)</td></tr> <tr> <td>75^e</td><td>27.9</td></tr> <tr> <td>90^e</td><td>33.3</td></tr> <tr> <td>99^e</td><td>53.1</td></tr> </table>	Quartile	Scores du SSQ (v.a. du QC)	25 ^e	15.5	50^e	20.1 (moyenne)	75 ^e	27.9	90 ^e	33.3	99 ^e	53.1
Quartile	Scores du SSQ (v.a. du QC)												
25 ^e	15.5												
50^e	20.1 (moyenne)												
75 ^e	27.9												
90 ^e	33.3												
99 ^e	53.1												

Faire un résumé de la sévérité du problème.	Permet de spécifier les précautions à prendre dans certains contextes spécifiques et de prévenir des risques.
--	---

Capacité individuelle à résister aux cybermalaises

Étapes	Explication
Prévoir des sessions comprenant un intervalle de 2 à 5 jours.	Permet l'adaptation individuelle des systèmes sensoriels lors du transfert du réel au virtuel (et vice-versa). ➔ La visite d'un environnement neutre permet d'évaluer la sensibilité.
Âge.	Les enfants entre 2 et 12 ans et les adultes de plus de 60 ans sont les plus susceptibles à ressentir des cybermalaises.
Genre.	Les femmes ont trois fois plus tendance à ressentir des cybermalaises que les hommes. ➔ Certaines femmes sont plus sensibles aux sensations lors de la période pré-menstruelle ou de la ménopause.
Considérer l'ajustement de l'équipement proportionnellement à la taille et le poids.	Une personne de grande stature a moins de chance de ressentir des cybermalaises qu'une petite personne.
Susceptibilité individuelle.	Les individus diffèrent quant aux symptômes et à leur intensité. Vérifier avec eux s'ils ont tendance à être sensibles aux malaises liés au déplacement (p. ex. lecture dans une auto en mouvement).
État de santé.	Les personnes qui souffrent de maladies physiques ou mentales doivent être évaluées par un médecin avant toute immersion (voir la section « Mesurer l'état de santé avant l'immersion »).

Éviter l'immersion s'il y a eu abus d'alcool ou de drogue depuis la veille de l'immersion.	Les effets de l'alcool et de la drogue provoquent des conflits sensoriels ressemblant aux conflits causant des cybermalaises (p. ex. perte d'équilibre, étourdissement). Les effets secondaires risquent donc de doubler en longueur et en intensité.
Repos.	Encourager le client de se sentir bien reposé avant de débiter l'exposition. ➔ La fatigue peut aggraver les effets secondaires de l'exposition virtuelle. Pour minimiser la fatigue, s'assurer que l'équipement est confortable et ajusté correctement.
Maladies.	Décourager l'utilisation pour ceux souffrant de diverses maladies (rhume, otite, mal de tête, vision embrouillée, fatigue des yeux, problème binoculaire, etc.).

Autres suggestions importantes

Étapes	Explication
Ajuster les conditions environnementales.	Assurer d'avoir une bonne ventilation et des conditions climatiques favorables. La transpiration précède souvent une réponse émétique (vomissement); la ventilation peut en ce sens augmenter le confort. Éliminer les bruits externes, car ils peuvent aggraver le malaise.
Avoir des critères pour laisser partir l'utilisateur.	Spécifier le temps requis suite à l'exposition que l'utilisateur doit rester avant de conduire ou participer à des activités à risque. Un minimum de 15 minutes est suggéré, mais cette durée doit être proportionnel à la durée de l'immersion pour permettre de se réajuster.

Appeler l'utilisateur ou lui demander d'appeler.

Si le sujet ressent des effets secondaires prolongés, il est important d'en prendre note et de reprendre contact avec lui dans les heures ou jours qui suivent.

Référence

Stanney, K.M., Kennedy, R.S., & Kingdon, K. (2002). Virtual environment usage protocols. Dans K.M. Stanney (Éds.) *Handbook of virtual environments : Design, implementation, and applications* (pp. 721-730). Mahwah : IEA.

APPENDICE E
PROTOCOLLE RV

Réalité virtuelle Protocole

Important: **Chaque rencontre doit être enregistrée**

Participants expérimentaux

Naviguer dans l'environnement :

Avancer : W

Reculer : S

Aller à gauche : A

Aller à droite : D

- Remettre à chaque rencontre les questionnaires sur l'état de présence et les cybermalaises.

Rencontre 1. 1h- 1h30

Se familiariser avec l'environnement virtuel. Naviguer dans l'environnement virtuel et demander au participant comment il se sent face aux objets présents. Demander niveau d'inconfort de 0 à 10 et d'anxiété de 0 à 10.

Déterminer une hiérarchie des objets que la personne devra se débarrasser dans l'environnement virtuel (La hiérarchie doit se faire avec les éléments présents dans l'environnement)



Rencontre 2

L'individu se promène à l'aide des directives du thérapeute dans l'environnement. Le participant doit apprendre à organiser et faire du tri dans l'environnement virtuel. Demander au participant comment il pourrait faire le tri (Vous devez en discuter puisque l'environnement ne permet pas de le faire réellement. Par exemple, s'il y a des boîtes dans la RV, la personne pourrait dire qu'elle va les utiliser pour faire le tri). Demander à la personne son degré d'inconfort face à la tâche et pendant la discussion. Le participant devra par la suite faire le tri à domicile selon les éléments discutés.

Rencontres 3 et 4 :

Vérifier si le tri des objets a été fait en débutant la rencontre. Ensuite, choisir objets de la hiérarchie à chacune des rencontres. Demander au participant comment il se sent face à l'objet et son niveau d'anxiété et d'inconfort de 0 à 10, par rapport à le jeter. Demander à l'individu de supprimer l'objet en RV. Vérifier à nouveau le niveau d'inconfort et d'anxiété.

- Devoir : Demander au participant de se débarrasser des objets supprimés dans l'environnement virtuel.

- Retour sur le devoir à la rencontre suivante.



Rencontre 5

Retour sur la rencontre précédente. Lors de cette dernière rencontre, la personne devra encore jeter des objets en RV. Ensuite, on aborde la prévention de la rechute, c'est-à-dire qu'on identifie les situations à risque et on planifie avec le participant les prochaines étapes. On termine en expliquant au participant qu'il aura une évaluation pour la post-RV et on lui remet le bloc de questionnaire post-RV à remplir sur place si possible ou de le rapporter lors de l'évaluation post.

Participants contrôle

Naviguer dans l'environnement :

Avancer : W

Reculer : S

Aller à gauche : A

Aller à droite : D

- Remettre à chaque rencontre les questionnaires sur l'état de présence et les cybermalaises.

Rencontre 1. 1h- 1h30

Se familiariser avec l'environnement virtuel. Naviguer dans l'environnement virtuel et demander au participant comment il se sent face aux objets présents. Demander niveau d'inconfort de 0 à 10 et d'anxiété de 0 à 10.

Déterminer une hiérarchie des objets que la personne devra se débarrasser dans l'environnement virtuel (La hiérarchie doit se faire avec les éléments présents dans l'environnement)

Rencontre 2

L'individu se promène à l'aide des directives du thérapeute dans l'environnement. Le participant doit apprendre à organiser et faire du tri dans l'environnement virtuel. Demander au participant comment il pourrait faire le tri (Vous devez en discuter puisque l'environnement ne permet pas de le faire réellement. Par exemple, s'il y a des boîtes dans la RV, la personne pourrait dire qu'elle va les utiliser pour faire le tri).

Rencontres 3 et 4 :

Vérifier si le participant a fait le tri à domicile. Ensuite, choisir objets de la hiérarchie à chacune des rencontres. Demander au participant comment il se sent face à l'objet et son niveau d'anxiété et d'inconfort de 0 à 10, par rapport à le jeter. Demander à l'individu de supprimer l'objet en RV. Vérifier à nouveau le niveau d'inconfort et d'anxiété.

- Devoir : Demander à la personne de continuer son désencombrement sans spécifier d'objets.

- Retour sur le devoir à la rencontre suivante.



Rencontre 5

Retour sur la rencontre précédente. Lors de cette dernière rencontre, la personne devra encore jeter des objets en RV. Ensuite, on aborde la prévention de la rechute, c'est-à-dire qu'on identifie les situations à risque et on planifie avec le participant les prochaines étapes. On termine en expliquant au participant qu'il aura une évaluation pour la post-RV et on lui remet le bloc de questionnaire post-RV à remplir sur place si possible ou de le rapporter lors de l'évaluation post.

Développement de l'environnement virtuel

Le processus de création de l'EV a été développé en 2010 à l'Université du Québec en Outaouais (UQO) (O'Connor, Bertrand, St-Pierre, & Delorme, 2011). L'EV a été créé à partir de la plateforme gratuite NeuroVR 2.0, développée par Riva et son équipe en 2009 (www.neurovr2.org). Le programme offre une sélection de 15 EV en 3D pouvant être modifiés tels qu'une salle de classe, un appartement, un auditorium et autres. L'appartement a été utilisé afin de créer l'environnement pour les AC. Pour

ce faire, chaque individu prenant part à la condition expérimentale devait prendre des photos numériques afin d'avoir des images des objets présents dans leur appartement. Les pièces ciblées étaient le salon et la cuisine. Toutefois, des photographies de chaque pièce étaient demandées, afin d'avoir assez de photos pour combler l'EV. L'objectif était d'avoir des images de l'encombrement de leurs lieux et des images de ce à quoi ressemblent les pièces. Les photos étaient transférées dans l'ordinateur et les objets désirés étaient découpés individuellement à l'aide du logiciel Corel® PaintShop® Pro X2. Une fois les objets 2D sélectionnés et découpés, ils étaient enregistrés dans le logiciel. Par la suite, lors de la création de l'EV, il était ainsi possible d'utiliser la banque d'images 3D et 2D fournies par NeuroVR 2.0 et les images 2D prises par les participants.

Deux types d'environnement ont été créés : un appartement contrôle et un appartement expérimental. L'appartement contrôle a été créé à partir de photographies prises chez des membres de l'équipe, au centre de recherche et sur internet, donc aucun objet appartenant aux participants n'a été utilisé. Toutefois, même si ces objets étaient considérés comme étant neutres, c'est-à-dire qu'il ne s'agissait pas des possessions individuelles des participants, les objets représentaient des objets de la vie quotidienne. Par exemple, il y avait la présence de souliers, de boîtes vides, de vêtements, de revues, de livres, de nourriture et ainsi de suite. Les deux images ci-dessous représentent la cuisine et le salon de l'EV contrôle.

Figure 1. Cuisine de l'EV contrôle



Figure 2. Salon de l'EV contrôle



Protocole des séances de RV

Condition expérimentale

Cinq rencontres de RV ont suivi la psychothérapie. Chaque rencontre était d'une durée d'une heure, à l'exception de la première rencontre qui était d'une heure trente minutes. Les questionnaires sur les cybermalaises, d'état de présence et d'immersion étaient remplis par le participant à la fin de chaque rencontre. Il est important de mentionner que les participants avaient signé le formulaire d'information et de consentement et chaque rencontre était audio-enregistrée.

Rencontre 1 : Le thérapeute montrait l'EV au participant. Cette rencontre avait pour but d'apporter des modifications à l'EV au besoin et de se familiariser avec l'EV. De plus, cette rencontre permettait au participant d'apprivoiser son EV et de l'investir afin qu'il ressemble à son environnement à la maison. Il apprenait également à naviguer dans l'appartement virtuel à l'aide de la souris et du clavier. Aussi, le niveau d'anxiété et d'inconfort, sur une échelle de 0 à 10, était demandé par le thérapeute, afin de savoir si l'environnement générait des émotions et si le participant était à l'aise dans le contrôle de ses déplacements.

Enfin, le participant devait déterminer une hiérarchie des objets dont il voudrait éventuellement se débarrasser. La hiérarchie des objets était faite en fonction du niveau d'anxiété généré.

Rencontre 2 : Le participant devait apprendre à organiser et faire du tri dans son appartement virtuel. Des stratégies de prise de décision de même que d'organisation étaient mises en place avec la participation de l'individu. Par exemple, le participant

pouvait choisir des boîtes de carton vide dans son EV afin de planifier le tri avec celles-ci. Encore une fois, le niveau d'anxiété et d'inconfort était demandé au participant. Une fois à la maison, ce dernier devait faire le tri dans son propre appartement à partir de ce qui avait été discuté lors de la rencontre de RV.

Rencontre 3: Au début de la rencontre, le thérapeute vérifiait comment le tri et l'organisation avaient été faits par le participant à la maison. Ensuite, les participants devaient utiliser la hiérarchie d'objets qu'ils avaient déterminés afin de se départir de l'objet via l'EV. L'objet sélectionné devait correspondre à un niveau d'anxiété modéré au départ. Les objets pouvaient être sélectionnés à l'aide d'un pointeur et jetés dans une poubelle virtuelle ou placés dans un contenant de recyclage virtuel. Le niveau d'anxiété et d'inconfort était demandé à plusieurs reprises lors de cette tâche, soit avant et après s'être départi de l'objet. On demandait également aux participants si d'autres émotions étaient suscitées par la tâche. Le participant devait ensuite se départir du même objet à la maison.

Rencontre 4: Au début de la rencontre, le thérapeute vérifiait les tâches accomplies à la maison. Lors de cette rencontre, le participant continuait à se débarrasser d'objets présents dans l'EV, toujours selon la hiérarchie choisie. Encore une fois, le niveau d'anxiété et d'inconfort était demandé au participant ainsi que les autres émotions suscitées. Encore une fois, il était demandé de se départir des objets à la maison.

Rencontre 5: Cette rencontre visait à faire de la prévention de la rechute avec le participant. Le thérapeute prévoyait un plan d'action pour le désencombrement avec le participant et discutait à nouveau du plan de prévention de la rechute.

Finalement, le thérapeute demandait au participant ses impressions sur l'utilité de la RV et comment celle-ci avait pu être aidante. Il ne s'agissait pas d'un questionnaire à

proprement parler, mais plutôt d'une discussion entre le thérapeute et le participant. Puisqu'il s'agit d'une première expérience, les commentaires des participants ainsi que leur rétroaction étaient importants.

Des suivis téléphoniques et en personne avaient lieu une fois par mois jusqu'à 6 mois suivant la fin des rencontres de RV. L'objectif de ces appels téléphoniques et des rencontres était de faire le suivi des progrès des participants et de parler de leurs difficultés, en cas de besoin. Ces suivis étaient assurés par le thérapeute traitant et était d'une durée d'environ 30 minutes. Un questionnaire était rempli et des notes étaient prises par le thérapeute afin de compiler ses observations.

2.2.2.2 Condition contrôle

Rencontre 1 : Le but de cette rencontre était de familiariser le participant avec l'EV contrôle. Les participants devaient naviguer dans l'environnement et déterminer leur niveau d'anxiété et d'inconfort. Ensuite, on leur demandait d'établir une hiérarchie d'objets, à partir de ceux présents dans l'EV contrôle.

Rencontre 2 : Il était demandé aux participants d'établir un plan d'action concernant le tri et l'organisation en fonction de l'EV présenté. Par la suite, on demandait au participant de faire le même exercice à la maison, avec leurs propres objets.

Rencontre 3: Au début de la rencontre, le thérapeute s'informait comment les participants avaient accomplis la tâche de tri et d'organisation à la maison. Ensuite, le thérapeute leur demandait de se débarrasser des objets de la liste préétablie, dans l'EV contrôle. Les niveaux d'anxiété et d'inconfort étaient vérifiés ainsi que les

autres émotions pouvant être suscitées par la tâche. Par la suite, aucune précision n'était faite quant au type d'objet à se départir à la maison.

Rencontre 4 : Au début de la rencontre, le thérapeute vérifiait les tâches accomplies à la maison. Par la suite, le participant continuait à se départir virtuellement d'objets et le niveau d'anxiété et d'inconfort était vérifié.

Rencontre 5 : Cette rencontre visait à faire de la prévention de la rechute. Encore une fois, le thérapeute demandait au participant ses impressions sur l'utilité de la RV et comment la RV avait pu être aidante.

APPENDICE F
QUESTIONNAIRES

Index du niveau d'encombrement : chambre à coucher

Veuillez sélectionner l'image qui correspond au niveau d'encombrement de votre chambre à coucher.



1



2



3



4



5



6



7



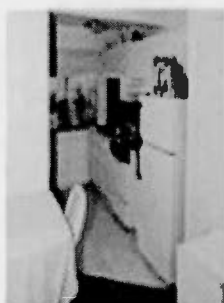
8



9

Index du niveau d'encombrement : cuisine

Veuillez sélectionner l'image qui correspond au niveau d'encombrement de votre cuisine.



1



2



3



4



5



6



7



8



9

Index du niveau d'encombrement : salon

Veuillez sélectionner l'image qui correspond au niveau d'encombrement de votre salon.



1



2



3



4



5



6



7



8



9

Participant TAC

Saving Cognitions Inventory-R (SCI-R)

No. participant: _____

Temps de mesure: _____

En utilisant l'échelle de 1 à 7, indiquez dans quelle mesure vous avez cette pensée quand vous décidez de jeter quelque chose, en vous référant à la semaine dernière (si vous n'avez pas essayé de jeter des objets la semaine dernière, indiquez comment vous vous seriez senti si vous aviez essayé d'en jeter).

	1	2	3	4	5	6	7
	Pas du tout			quelquefois			beaucoup
1. Je ne pourrais tolérer de me débarrasser de cet objet.	1	2	3	4	5	6	7
2. Jeter cet objet signifie perdre une opportunité valable.	1	2	3	4	5	6	7
3. Jeter cet objet, c'est comme de jeter une partie de moi.	1	2	3	4	5	6	7
4. Conserver cet objet signifie que je n'ai pas à compter sur ma mémoire.	1	2	3	4	5	6	7
5. Ça me contrarie quand quelqu'un jette quelque chose qui m'appartient sans ma permission.	1	2	3	4	5	6	7
6. Perdre cet objet c'est comme perdre un ami.	1	2	3	4	5	6	7
7. Si quelqu'un touche ou se sert de cet objet, je vais le perdre ou perdre sa trace.	1	2	3	4	5	6	7
8. Jeter des objets serait comme abandonner un être aimé.	1	2	3	4	5	6	7
9. Jeter cet objet signifie perdre une partie de ma vie.	1	2	3	4	5	6	7
10. Je vois mes objets comme une extension de moi-même, ils font partie de ce que je suis.	1	2	3	4	5	6	7
11. Je suis responsable du bien-être de cet objet.	1	2	3	4	5	6	7
12. Si cet objet peut servir à quelqu'un d'autre, je dois le conserver pour lui/elle.	1	2	3	4	5	6	7
13. Cet objet représente les sentiments qui y sont associés.	1	2	3	4	5	6	7
14. Ma mémoire est si mauvaise que je dois garder cet objet en vue sinon je l'oublierai.	1	2	3	4	5	6	7
15. Je suis responsable de trouver une utilité à cet objet.	1	2	3	4	5	6	7
16. Jeter des objets serait comme laisser mourir une partie de moi.	1	2	3	4	5	6	7
17. Sans cet objet, je serai vulnérable.	1	2	3	4	5	6	7
18. J'aime garder le contrôle de mes objets.	1	2	3	4	5	6	7
19. J'ai honte de ne pas avoir un objet comme ça quand j'en ai besoin.	1	2	3	4	5	6	7
20. Je dois me souvenir de quelque chose à propos de cet objet et ce serait impossible de le faire si je le jette.	1	2	3	4	5	6	7
21. Si je jette cet objet sans en retirer toute l'information qu'il possède, je perdrai quelque chose.	1	2	3	4	5	6	7
22. Cet objet me rassure émotionnellement.	1	2	3	4	5	6	7
23. J'aime certains de mes objets comme j'aime certaines personnes.	1	2	3	4	5	6	7
24. Personne n'a le droit de toucher à mes objets.	1	2	3	4	5	6	7

Saving Inventory Revised (SI-R)

No. Participant: _____

Temps de mesure: _____

Encerclez la réponse qui correspond le mieux à votre situation.

1. Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté à jeter des objets?

0 = Aucunement
1 = Légèrement
2 = Modérément
3 = Considérablement
4 = Énormément

2. Dans quelle mesure trouvez-vous bouleversante la tâche de jeter des objets?

0 = Aucunement
1 = Légèrement
2 = Modérément
3 = Fortement
4 = Extrêmement

3. Dans quelle mesure des objets encombrent-ils les pièces de votre demeure?

0 = Aucunement
1 = Légèrement
2 = Modérément
3 = Considérablement
4 = Énormément

4. À quelle fréquence évitez-vous de jeter des objets parce que c'est trop stressant ou que ça vous demande trop de temps?

0 = Jamais, facilement capable de jeter des objets
1 = Rarement, peut jeter des objets avec un peu de difficulté
2 = Quelques fois
3 = Fréquemment, peut jeter des objets occasionnellement
4 = Presque toujours, peut rarement jeter des objets

Participant

5. Dans quelle mesure vous sentiriez-vous bouleversé(e) ou inconfortable si vous ne pouviez pas acquérir un objet que vous voulez?
- 0 = Aucunement
 - 1 = Légèrement, un peu anxieux
 - 2 = Modérément, la détresse augmenterait, mais serait endurable
 - 3 = Fortement, la détresse augmenterait de façon fulgurante et dérangeante
 - 4 = Extrêmement, inconfort handicapant
6. Dans quelle mesure votre demeure est-elle encombrée d'objets? (Tenir compte de l'encombrement de la cuisine, du salon, de la salle à manger, des couloirs, des chambres, des salles de bain et autres pièces.)
- 0 = Aucune des pièces de ma demeure est encombrée
 - 1 = Quelques pièces de ma demeure sont encombrées
 - 2 = une grande partie des pièces de ma demeure sont encombrées
 - 3 = la plupart des pièces de ma demeure sont encombrées
 - 4 = la majorité ou la totalité des pièces de ma demeure sont encombrées
7. Dans quelle mesure l'encombrement de votre demeure interfère-t-il dans votre fonctionnement social, votre travail et le quotidien? Pensez aux choses que vous ne faites pas à cause de l'encombrement de votre maison.
- 0 = Aucunement
 - 1 = Légèrement, fonctionnement général préservé
 - 2 = Modérément, interférence gérable (acceptable)
 - 3 = Fortement, interférence importante
 - 4 = Extrêmement, interférence handicapante
8. À quelle fréquence vous sentez-vous obligé(e) d'acquérir les objets que vous voyez (ex. en magasinant ou en vous faisant offrir des objets)?
- 0 = Jamais
 - 1 = Rarement
 - 2 = Occasionnellement
 - 3 = Fréquemment
 - 4 = Constamment

9. Quelle est l'intensité de votre désir d'acheter ou d'acquérir des objets gratuits pour lesquels vous n'avez pas d'utilité immédiate?

0 = Aucune intensité
1 = Légère intensité
2 = Intensité modérée
3 = Forte intensité
4 = Intensité très forte

10. Quel est votre niveau de contrôle sur votre désir d'acquérir des objets?

0 = contrôle complet
1 = beaucoup, habituellement en mesure de contrôler
2 = un peu, peut contrôler avec difficulté
3 = peu de contrôle, peut retarder avec beaucoup de difficulté
4 = Aucun contrôle, incapable de m'arrêter

11. Combien de fois décidez-vous de conserver des objets inutiles et pour lesquels vous avez peu d'espace?

0 = Jamais
1 = Rarement
2 = Occasionnellement
3 = Fréquemment
4 = Constamment

12. Dans quelle mesure l'encombrement vous empêche-t-il d'utiliser certaines parties de votre demeure?

0 = Toutes les parties de ma demeure sont utilisables
1 = Quelques parties de ma demeure sont inutilisables
2 = Plusieurs parties de ma demeure sont inutilisables
3 = Beaucoup de parties de ma demeure sont inutilisables
4 = Presque toutes les parties de ma demeure sont inutilisables

13. Dans quelle mesure l'encombrement de votre demeure vous bouleverse?

0 = Aucunement sentiment de détresse ou d'inconfort
1 = Léger sentiment de détresse ou d'inconfort
2 = Sentiment modéré de détresse ou d'inconfort
3 = Fort sentiment de détresse ou d'inconfort
4 = Sentiment extrême de détresse ou d'inconfort

Participant

14. À quelle fréquence l'encombrement de votre demeure vous empêche-t-il d'inviter des gens?

- 0 = Jamais
- 1 = Rarement
- 2 = Quelques fois
- 3 = Souvent
- 4 = Très souvent ou presque toujours

15. Actuellement, à quelle fréquence achetez-vous (ou acquérez-vous gratuitement) des objets que vous n'utiliserez pas immédiatement?

- 0 = Jamais
- 1 = Rarement
- 2 = Quelques fois
- 3 = Fréquemment
- 4 = Presque toujours

16. Quelle est l'intensité de votre désir de conserver un objet sachant que vous ne pourrez jamais l'utiliser?

- 0 = Aucune intensité
- 1 = Légère intensité
- 2 = Intensité modérée
- 3 = Forte intensité
- 4 = Intensité très forte

17. Quel contrôle avez-vous sur votre désir de conserver des objets?

- 0 = Complètement
- 1 = Fréquemment, habituellement en mesure de contrôler
- 2 = Modérément, contrôle avec difficulté
- 3 = Légèrement, contrôle avec beaucoup de difficulté
- 4 = Aucunement, incapable de contrôler

18. Dans quelle mesure est-ce difficile de circuler dans votre demeure à cause de l'encombrement?

- 0 = Ce n'est pas difficile de circuler
- 1 = C'est difficile de circuler à quelques endroits
- 2 = C'est difficile de circuler à plusieurs endroits
- 3 = C'est difficile de circuler dans la majorité des endroits
- 4 = C'est difficile de circuler pratiquement partout

Participant

19. Dans quelle mesure êtes-vous bouleversé(e) ou affecté(e) par rapport à votre habitude d'acquisition?

- 0 = Aucunement
- 1 = Légèrement
- 2 = Modérément
- 3 = Fortement
- 4 = Extrêmement

20. Dans quelle mesure l'encombrement de votre demeure vous empêche-t-il d'utiliser correctement certaines parties de votre demeure? (Par exemple cuisiner, utiliser les meubles, laver la vaisselle, faire le ménage, etc.)

- 0 = Jamais
- 1 = Rarement
- 2 = Quelques fois
- 3 = Fréquemment
- 4 = Très fréquemment ou toujours

21. Dans quelle mesure vous sentez-vous incapable de contrôler l'encombrement de votre demeure?


- 0 = Aucunement
- 1 = Légèrement
- 2 = Modérément
- 3 = Considérablement
- 4 = Énormément

22. Dans quelle mesure l'accumulation et les achats compulsifs vous ont-ils causé des difficultés financières?

- 0 = Aucunement
- 1 = Légèrement
- 2 = Quelque peu
- 3 = Considérablement
- 4 = Extrêmement

23. Combien de fois avez-vous été incapable de jeter un objet dont vous aimeriez vous débarrasser?

- 0 = Aucunement
- 1 = Rarement
- 2 = Occasionnellement
- 3 = Fréquemment
- 4 = Constamment

 Bonjour _____:

M. ou Mme est intéressé(e) à participer au projet de recherche sur le **TAC**. La première étape est l'évaluation téléphonique avec toi. Je te remets l'entrevue le

et monsieur ou madame s'attend à être contacté(e) avant le

_____.

Merci de ta collaboration!

Appel fait le	Résultat	Commentaires

Présentation: Je travaille dans l'équipe de Kieron O'Connor.


Êtes-vous dans un endroit où vous pouvez parler facilement ?


Je vous appelle pour déterminer si les problèmes auxquels vous faites face correspondent à ceux traités dans le cadre de notre programme.

Je vais vous poser une série de questions qui vont nous aider à déterminer cela.

A] Détails Adresse: _____

Nom: _____

Téléphone: (____) _ () message OK ☐

(____) _____ - _____ () message OK ☐

(____) _____ - _____ () message OK ☐

courriel : _____

Personne à contacter en cas d'urgence : _____

Tél: (____) _____ - _____

Sexe: ☐ F ☐ M Âge: _____ Date de naissance: ____/____/____

Disponibilité pour participer au projet (note : doit être dispo le jour sinon ne pourra pas participer)

☐ Jour (AM) ☐ Jour (PM)

Détails :

Référé par:

☐ Journal, lequel? _____ ☐

Médecin, si oui, qui? _____

☐ Tiers, qui? _____

☐ Autre, spécifiez : _____

Buts de l'appel:

☐ renseignements

☐ curiosité

☐ demande d'aide

A] Problème principal – Accumulation compulsive/encombrement

1- a) Vous arrive-t-il de faire des comportements (liés à l'accumulation) en pensant que vous ne devriez pas passer autant de temps à faire (par exemple : retourner acheter des objets que vous avez vus, acheter de nouveaux objets dont vous n'avez pas besoin, faire du tri sans arriver à vous défaire de certains objets que vous n'utilisez pas (journaux, factures, etc.) etc.)?

0 = Jamais ☐ (si jamais, passez à la question 2)

1 = Rarement ☐

2 = Parfois ☐

3 = Souvent ☐

b) Pouvez-vous me donner des exemples de ces comportements ?

c) En moyenne, combien de temps passez-vous par jour à réaliser ces comportements?

1 = Moins d'une heure par jour ☐

2 = 1 à 3 heures par jour ☐

3 = Entre 3 et 8 heures par jour ☐

4 = Plus de 8 heures par jour ☐

d) Jusqu'à quel point trouvez-vous que ces comportements interfèrent dans votre fonctionnement dans les différentes sphères de votre vie?

0 = Pas du tout ☐

1 = Un peu ☐

2 = Moyennement ☐

3 = Beaucoup ☐

4 = Énormément ☐

e) Depuis combien de temps êtes-vous aux prises avec ces difficultés (âge d'apparition) ?

2. a) Vous arrive-t-il d'avoir des pensées répétitives et dérangeantes liés à l'accumulation

d'objets (par exemple; peur de perdre ou de ne pas avoir des objets dont vous aurez besoin

un jour, peut-être qu'un jour j'en aurai de besoin, je ne peux pas me débarrasser de cet objet, sinon je vais le regretter, si je jette cet objet, quelque chose de terrible arrivera, je ne

pourrais jamais remplacer cet objet, il faut que j'aille acheter l'objet que j'ai vu dans le magasin, sinon quelqu'un va le prendre avant moi et je ne pourrai jamais le retrouver...)

(si 0, passez à la question 10)?

0 = Jamais ☐ (si jamais, passez à la question 3)

1 = Rarement ☐

2 = Parfois ☐

3 = Souvent ☐

b) Pouvez-vous me donner des exemples de ces pensées ?

c) En moyenne, combien de temps passez-vous par jour à avoir des pensées répétitives et dérangeantes liés à l'accumulation d'objets ?

1 = Moins d'une heure par jour ☐

2 = 1 à 3 heures par jour ☐

3 = Entre 3 et 8 heures par jour ☐

4 = Plus de 8 heures par jour ☐

d) Jusqu'à quel point trouvez-vous que ces pensées interfèrent dans votre fonctionnement dans les différentes sphères de votre vie?

0 = Pas du tout ☐

1 = Un peu ☐

2 = Moyennement ☐

3 = Beaucoup ☐

4 = Énormément ☐

e) Depuis combien de temps êtes-vous aux prises avec ces difficultés (âge d'apparition) ?

Qu'est-ce qui vous dérange le plus entre les obsessions ou les compulsions liées à l'accumulation?

☐ Obsession

☐ Compulsion

Sur un total de 100 %, quel pourcentage attribuez-vous respectivement :

a) aux compulsions ? _____%

b) aux obsessions ? _____%

À quel point est-ce que l'encombrement de votre demeure interfère avec l'utilisation normale des pièces de votre demeure?

0 = Aucune interférence ☐ (si aucune interférence, passez à la question 6)

1 = Interfère un peu (environ le 1/4 de ma demeure est difficile à utiliser pour les activités habituelles) ☐

2 = Interfère moyennement (environ la moitié de ma demeure est difficile à utiliser pour

les activités habituelles) ☐

3 = Interfère beaucoup (environ le ¾ de ma demeure est difficile à utiliser pour les activités habituelles) ☐

4 = Interfère énormément (presque chacune des pièces est encombrée et difficile à utiliser pour les activités) ☐

5. Pouvez-vous me décrire brièvement la pièce de votre demeure qui est la plus encombrée?

Jusqu'à quel point est-ce possible de circuler dans votre demeure?

0 = il est très facile de circuler. ☐

1 = il est possible de circuler dans la majeure partie de la demeure. ☐

2 = il est possible de circuler uniquement dans quelques pièces de la maison. ☐

3 = il est difficile de circuler pratiquement partout. ☐

7. Vous arrive-t-il souvent de vous sentir incapable de jeter un objet, malgré que vous vouliez vous en départir?

0 = Jamais ☐

1 = Rarement ☐

2 = Parfois ☐

3 = Souvent ☐

8. Vous arrive-t-il souvent de décider d'acheter des objets (ou de trouver et de conserver) que vous ne prévoyez pas utiliser dans un avenir proche et pour lesquels vous n'avez pas de place de rangement?

0 = Jamais ☐

1 = Rarement ☐

2 = Parfois ☐

3 = Souvent ☐

9. Est-ce que l'encombrement de votre demeure dérange d'autres personnes à part vous?

☐ non

☐ oui --> qui _____

TAC possible? (Obsession ou compulsion au degré de dérangement "un peu" ou plus)

☐ non

☐ oui → de quel type?

☐ Obsessions dominantes

☐ Compulsions dominantes

☐ Obsessions et compulsions équivalentes

Maintenant, je vais vous poser des questions qui touchent d'autres difficultés que vous éprouvez peut-être ou pas. Je pose ces questions à tous les participants afin d'avoir un portrait complet de votre situation.

B] Autre : Description du problème - Compulsions

Est-ce qu'il vous arrive de faire des gestes/comportements que vous croyez que vous ne devriez pas faire ou ne pas faire autant? Par exemple: vérifier les appareils électroménagers, vérifier les serrures ou les lumières, laver vos mains, ordonner ou nettoyer des choses, accumuler des choses, etc...

Compulsions	Fois/jour	Temps/jour (heures/ mins)

1. Depuis combien de temps êtes-vous aux prises avec ces difficultés (âge)?

2. Jusqu'à quel point ces compulsions nuisent-elles à votre fonctionnement dans les différentes sphères de votre vie?

☐ pas du tout

☐ un peu

☐ moyen

☐ beaucoup

☐ énormément

Est-ce que vos compulsions dérangent d'autres personnes, à part vous?

☐ non

☐ oui → qui ? _____

C] Autre : Description du problème - *Obsessions*

Est-ce que vous avez des pensées répétitives qui vous dérangent, qui surviennent malgré vous et que vous avez du mal à chasser? Exemples: pensées portant sur la contamination, le doute, les erreurs, l'agressivité, la sexualité, les blasphèmes, le lavage, etc.

Pensées	Nombre de fois/jour	Durée/jour

Depuis combien de temps êtes-vous aux prises avec ces difficultés (âge d'apparition)?

Jusqu'à quel point ces obsessions nuisent-elles à votre fonctionnement dans les différentes sphères de votre vie?

☐ pas du tout

☐ un peu

☐ moyen

☐ beaucoup

☐ énormément

Qu'est-ce qui vous dérange le plus entre les compulsions et les obsessions?

☐ compulsions

☐ obsessions

Sur un total de 100 %, quel pourcentage attribuez-vous respectivement :

a) aux compulsions ? _____%

b) aux obsessions ? _____%

TOC possible? (Obsession ou compulsion au degré de dérangement "un peu" ou plus)

☐ n

☐ oui → de quel type?

☐ Obsessions dominantes

☐ Compulsions dominantes

☐ Obsessions et compulsions équivalentes

D] Description du problème – Tics moteurs et désordres d'habitude

Vous arrive-t-il pendant la journée et ce, à plusieurs reprises, d'avoir des tics musculaires?
(c'est-à-dire des mouvements involontaires dans un muscle particulier ou dans certains groupes de muscles (ex: visage, épaules, jambes)?

☐ Non (Allez à la question D3)

☐ Oui (Allez à la question suivante)

a) Si oui, de quel tic s'agit-il ? (les noter dans le tableau)

b) Combien de fois environ expérimentez-vous ce tic (par jour, par semaine, par mois?).

(Noter la fréquence dans le tableau ci-bas).

Décrivez le ou les tics	Nombre de fois/jour	Durée/jour

Vous arrive-t-il pendant la journée et ce, à plusieurs reprises, de faire des mouvements non-volontaires (sans que vous ne le vouliez) de manière répétitive tel que vous ronger les ongles, vous gratter, grincer des dents ou vous tirer des cheveux?

☐ Non (Allez à la section E)

☐ Oui (Allez à la question 4)

a) Si oui, de quel(s) comportement(s) s'agit-il ? (les noter dans le tableau)

b) Combien de fois environ expérimentez-vous ce comportement (par jour, par semaine
ou

par mois)? (noter la fréquence dans le tableau ci-bas)

Tic ou désordre d'habitude	Fréquence/jour

E] Description du problème – Perceptions étranges

1. Percevez-vous certaines choses qui sortent de l'ordinaire et que d'autres personnes de votre entourage ne perçoivent pas, mises à part les obsessions dont on a parlé?

☐ Non (Allez à la section F)

☐ Oui (Allez à la question #5)

2. Si oui, qu'elles sont-elles?
quelle

3. De 0 % à 100 %, dans

mesure êtes-vous convaincu de cette croyance?

1. _____	_____ %
2. _____	_____ %
3. _____	_____ %
4. _____	_____ %
5. _____	_____ %

4. Depuis quand avez-vous ces croyances?

F] Description du problème – *Hypochondrie*

Est-ce qu'il vous arrive d'interpréter vos sensations physiques comme un signe que vous avez une maladie?

☐ non ☐ oui

À quelle fréquence, en moyenne, consultez-vous votre médecin par an? _____

Est-ce que la peur d'avoir une maladie persiste malgré les conclusions d'un médecin?

☐ non ☐ oui

Est-ce qu'il vous arrive de retourner voir le médecin à plusieurs reprises même lorsqu'il(elle) vous dit que vous n'avez pas de problème médical?

☐ non ☐ oui

Est-ce qu'il vous arrive d'éviter de consulter le médecin de peur qu'il(elle) vous dise que vous êtes malade?

☐ non ☐ oui

Hypochondrie possible?

☐ non

☐ oui

G] Description du problème – autres difficultés

Mis à part les symptômes dont on vient de parler, avez-vous d'autres difficultés psychologiques ou émotionnelles ?

☐ non → # 3.

☐ Oui → lesquelles?

Qu'est-ce qui vous dérange le plus entre les compulsions/obsessions et cette (ces) difficulté(s)?

☐ comportements liés à l'encombrement

☐ obsessions/pensées liées à l'encombrement

☐ autre(s) difficulté(s)

Sur un total de 100 %, quel pourcentage attribuez-vous respectivement :

a) comportements liés à l'encombrement _____%

b) obsessions/pensées liées à l'encombrement _____%

c) à cette (ces) difficulté(s) _____%

Avez-vous présentement un problème de santé physique vous empêchant de participer à l'étude?

☐ non

☐ oui

→ Croyez-vous que ce problème de santé physique ait un lien avec l'accumulation d'objets?

☐ non

☐ oui

I) Histoire :

Scolarité: indiquer le niveau de scolarité le plus élevé

Niveau	Nombre d'années	Diplôme (oui/non)
Primaire		
Secondaire		
Autres cours		
CEGEP		
Collège		
Collège		
Université		
Université		
Université		

Équivalent à secondaire V ?

☐ oui

☐ non

Occupation:**OCCUPATION PRINCIPALE**

"Quelle est votre occupation principale ?" _____

- ☐ Étudiant
- ☐ Employé (temps plein)
- ☐ Employé (temps partiel)
- ☐ À la maison
- ☐ En chômage / Recherche du travail
- ☐ Retraité
- ☐ Invalide
- ☐ Sans emploi / Autre

OCCUPATION HABITUELLE : occupation depuis 3 ans

"Est-ce que votre occupation habituelle pendant les trois dernières années, a été celle que vous venez de mentionner ?"

☐ oui

☐ non → "Est-ce que votre changement d'occupation a été dû en partie à vos symptômes d'obsessions et de compulsions?"

☐ non

☐ oui

OCCUPATION ANTÉRIEURE: occupation précédente arrêtée à cause des symptômes d'obsessions et de compulsions

"Avez-vous eu d'autres occupations que vous avez laissées à cause de vos symptômes d'obsessions et de compulsions?"

3. État civil:
actuellement?"

☐ célibataire

☐ marié(e)*

☐ cohabitation*

☐ veuf(ve)

☐ divorcé(e)

* Demander si mariage antérieur

4. Cohabitation: "Avec qui habitez-vous

☐ seul (e)

☐ avec parent(s)

☐ colocataire (s)

☐ avec enfant(s)

☐ avec conjoint(e)

☐ autre

☐ oui ☐ non

5. Enfants:

âge _____ à charge ☐

âge _____ à charge ☐

âge _____ à charge ☐

âge _____ à charge ☐

âge _____ à charge ☐

6. Autres Enfants

âge _____ à charge ☐

âge _____ à charge ☐

âge _____ à charge ☐

âge _____ à charge ☐

âge _____ à charge ☐

7. Groupe ethnique :

"À quel groupe ethnique vous identifiez-vous le plus ?"

- ☐ Blanc / Caucasien
- ☐ Autochtone
- ☐ Asiatique
- ☐ Africain
- ☐ Autre _____

Langue maternelle :

- ☐ Français
- ☐ Anglais
- ☐ Autre

« Si vous étiez accepté dans notre programme de recherche, préféreriez-vous être vu en thérapie en anglais ou en français ? » : _____

Motifs de consultation:

En plus d'avoir pris connaissance de l'existence de notre programme de traitement, nous aimerions connaître les autres motifs qui ont pu vous amener à nous contacter. Par exemple:

"Est-ce que vous avez appelé parce qu'une personne dans votre entourage vous a suggéré de consulter?"

- ☐ non
- ☐ oui → qui _____

"Est-ce que votre médecin ou une personne ressource vous a suggéré de consulter?"

☐ non

☐ oui → qui _____

"Est-ce qu'il y a eu un changement dans votre vie qui vous a amené à consulter?"

☐ non

☐ oui → quoi

"Est-ce qu'un changement dans votre humeur vous a amené à consulter?"

☐ non

☐ oui → quoi

"Est-ce qu'il y a autre chose qui vous a amené à consulter?"

☐ non

☐ oui → quoi

Avant de voir notre annonce ou d'être au courant de notre programme, est-ce que vous aviez

déjà pensé à chercher de l'aide?"

☐ non

☐ oui → "Est-ce que vous avez déjà fait des démarches pour trouver de l'aide"

☐ non

☐ oui → donner un exemple _____

Histoire de consultation

*Il est important ici d'identifier le type de professionnel/para-professionnel consulté et non pas seulement son nom.

"Pour les symptômes d'obsessions et de compulsions, est-ce que vous avez déjà consulté:"

Professionnel/ para-professionnel	Non	Oui
Un médecin de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un psychiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un travailleur social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une autorité religieuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un groupe d'entraide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homéopathe, chiropraticien, naturopathe, massothérapeute, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qui avez-vous consulté pour la première fois pour ces symptômes?"

Qui _____

Quand _____

"Qui était la dernière personne que vous avez consultée pour ces symptômes?"

Qui _____

Quand _____

"Est-ce que vous avez déjà consulté pour d'autres difficultés émotionnelles ou psychologiques?"

☐ non

☐ oui (remplir le tableau)

Pour quelles difficultés	Qui	Quand

e) "Est-ce que vous êtes actuellement en thérapie (psychologue, prêtre, etc.) "

☐ non

☐ oui → Avec qui _____

Quelle approche_____

Depuis quand_____

Combien de rencontres/ fréquence_____

f) "Avez-vous déjà eu un dossier à l'hôpital Louis-H. Lafontaine?"

☐ non

☐ oui

Histoire d'hospitalisation:

"Avez-vous passé du temps à l'hôpital à cause de difficultés psychologiques ou émotionnelles?"

☐ non

☐ oui → "Cette hospitalisation était-elle due spécifiquement à vos symptômes d'obsessions

et de compulsions?"

préciser:_____

	Age	Quand	Durée	Symptômes principaux
Première hospitalisation				
Dernière hospitalisation				
Hospitalisations totales				

Médicaments actuels:

"Actuellement, prenez-vous des médicaments?"

Nom	Prescrit par?	Date de début	Date de fin	Dosage	Fréquence

"Avez-vous cessé de prendre certains médicaments dans les trois derniers mois?"

Nom	Prescrit par?	Date de fin	Dosage	Fréquence

Évaluation du Fonctionnement Actuel

Veillez évaluer le fonctionnement actuel du patient (les 14 derniers jours) dans chacun des domaines de sa vie sur l'échelle suivante. p. ex. **Pouvez-vous me décrire comment vos symptômes obsessionnels-compulsifs ont influencé votre vie professionnelle depuis deux semaines.** Sous-questionnez, lorsque nécessaire, pour identifier d'autres éléments. Cotez l'interférence la plus élevée qui est rapportée.

e.g. "Ça m'empêche d'avancer et il m'arrive souvent d'oublier les choses importantes. Je me suis fait réprimander à cause de ça" → 5.

1 Aucun problème dans ce domaine

3 Le patient fonctionne bien dans ce domaine mais les obsessions ou compulsions l'empêchent d'avancer ou de pleinement profiter de la situation (p. ex. ne profite pas des occasions pour avancement, manque d'initiative, se plaint des obsessions qui gâchent les événements positifs, moins disponible au conjoint ou aux enfants).

5 Le fonctionnement du patient est atteint dans ce domaine, une partie du temps, mais il est toujours fonctionnel (p. ex. difficulté à étudier, moments difficiles au travail (relations interpersonnelles, concentration, etc.), conflits familiaux/conjugaux intermittents dûs aux obsessions ou à l'humeur associée).

7 Le patient fonctionne encore dans ce domaine mais avec des difficultés ou des atteintes importantes (p. ex. rendement académique diminué, performance au travail amoindrie, détérioration importante des relations familiales, arrêt d'activité sexuelle conjugale).

9 Le patient expérimente des difficultés sévères à fonctionner dans ce domaine, ne fonctionne pas ou peu (p.ex. abandon des études, congé de maladie ou perte d'emploi, relation conjugale en péril).

Emploi, activité professionnelle, études ou occupation habituelle

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Aucun								Difficultés
problème								sévères

Relation conjugale ou amoureuse et vie familiale

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Aucun								Difficultés
problème								sévères

C) Passe-temps, loisirs, vacances et activités quotidiennes (ménage, commissions, etc.)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Aucun								Difficultés
problème								sévères

Commentaires supplémentaires suite à l'entrevue téléphonique

Attitude du client envers l'intervieweuse ou envers l'entrevue :

- ☐ agréable
- ☐ neutre
- ☐ désagréable

Attentes envers l'étude :

- ☐ réalistes
- ☐ aucune
- ☐ irréalistes ou démesurées

Y a-t-il un empêchement d'assister régulièrement aux rencontres pour l'étude?

- ☐ non
- ☐ oui
- ☐ géographique
- ☐ travail
- ☐ absence prévue (voyage, hospitalisation)
- ☐ famille
- ☐ autres : _____

Soupçonnez-vous la présence de d'autres problèmes de vie ?

☐ non

☐ oui → lequel(s) : _____

Soupçonnez-vous la présence d'un trouble de la personnalité ?

☐ non

☐ oui → lequel(s) : _____

Soupçonnez-vous la présence d'un trouble d'adaptation ?

☐ non

☐ oui → lequel(s) : _____

Avez-vous d'autres commentaires non spécifiques qui pourraient aider l'évaluation ?

QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

Pré

Numéro de sujet : _____

Groupe : _____

1. Sexe :

féminin ☐₁
masculin ☐₂

2. Date de naissance : _____

Âge : _____

3. Langue maternelle : _____

4. Statut civil :

marié-e ou en union de fait ☐₁
célibataire ☐₂
séparé-e ou divorcé-e ☐₃
veuf-veuve ☐₄

5. Nombre d'enfants :

0 ☐
1 ☐
2 ☐
3 et plus ☐

6. Occupation principale :

travail à temps plein ☐₁
travail à temps partiel ☐₂
chômage ☐₃
études ☐₄
entretien de la maison et/ou soin des enfants ☐₅
autre (précisez): _____ ☐₆

7. Si vous travaillez, quel est votre titre d'emploi? _____

8. Dernier diplôme obtenu :

primaire ☐₁
secondaire ☐₂
collégial ☐₃
universitaire (baccalauréat) ☐₄

9. Revenu individuel brut (avant impôts)
au cours de la dernière année :

moins de 10 000\$ ☐₁
10 000\$ à 19 999\$ ☐₂
20 000\$ à 29 999\$ ☐₃
30 000\$ à 39 999\$ ☐₄
40 000\$ à 59 999\$ ☐₅
50 000\$ et plus ☐₆

Revenu de votre ménage brut
au cours de la dernière année

moins de 10 000\$ ☐₁
10 000\$ à 19 999\$ ☐₂
20 000\$ à 29 999\$ ☐₃
30 000\$ à 39 999\$ ☐₄
40 000\$ à 59 999\$ ☐₅
50 000\$ et plus ☐₆

- | | | | | |
|-----|-------|-------|-------|-------|
| 4. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 5. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 6. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 7. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 8. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 9. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 10. | _____ | _____ | _____ | _____ |

Échelle d'évaluation des inférences secondaires

À l'aide d'une échelle s'étalant de 0 à 100, veuillez évaluer dans quelle mesure les inférences décrites sont réalistes, si vous n'accomplissez pas vos compulsions.

- | | | Pré | Mi | Post |
|----|-------|-------|-------|-------|
| 1. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3. | _____ | _____ | _____ | _____ |

4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

QPI-EV

Questionnaire sur les processus inférenciels (QPI-EV)

Veuillez noter votre accord ou désaccord avec les affirmations ci-dessous en utilisant l'échelle suivante:

1	2	3	4	5	6
fortement en désaccord	en désaccord	un peu en désaccord	un peu en accord	en accord	fortement en accord

	Réponse (1 à 6)
1. Je suis parfois plus convaincu par ce qui pourrait être là que par ce que je vois vraiment.	
2. J'invente parfois des histoires à propos de certains problèmes qui pourraient être là, sans faire attention à ce que je vois vraiment.	
3. Parfois, certaines idées invraisemblables semblent si réelles qu'on dirait qu'elles se réalisent vraiment.	
4. Parfois, mon cerveau devient très actif et un tas d'idées invraisemblables se présentent à mon esprit.	
5. Je peux être facilement absorbé par des choses peu probables que je ressens comme si elles étaient vraies.	
6. Je confonds souvent des événements différents comme étant semblables.	
7. J'ai souvent tendance à faire des liens entre des idées ou des événements alors que cela peut sembler invraisemblable aux yeux des autres ou même à mes propres yeux.	
8. Parfois, certaines de mes pensées dérangeantes changent ma façon de percevoir tout ce qui est autour de moi.	
9. Lorsque je suis absorbé par certaines pensées ou histoires, j'oublie parfois qui je suis ou où je suis.	
10. Mon imagination est parfois tellement puissante que je me sens pris au piège et incapable de voir les choses différemment.	
11. J'invente des règles arbitraires et je ressens ensuite l'obligation de m'y soumettre.	
12. Souvent, je ne peux discerner si quelque chose est sécuritaire car on ne peut pas se fier aux apparences.	
13. Parfois, toutes les possibilités invraisemblables qui traversent mon esprit me semblent réelles.	

14. Parfois, je suis tellement absorbé par certaines idées que je suis incapable de voir les choses autrement, même si j'essaie.	
15. Lorsque je me questionne sur la présence d'un problème, j'ai tendance à porter davantage attention à ce que je ne vois pas, qu'à ce que je vois.	
16. Même si je n'ai pas de preuves évidentes d'un problème, mon imagination peut me convaincre du contraire.	
17. Seulement le fait de penser qu'il pourrait y avoir un problème est une preuve suffisante pour moi qu'il y en a un.	
18. Parfois, je suis si envahi par certaines idées que j'oublie complètement ce qui m'entoure.	
19. Souvent, lorsque je suis certain de quelque chose, un simple détail peut m'amener à tout remettre en doute.	
20. Parfois, je trouve des raisons invraisemblables pour expliquer un problème ou quelque chose qui ne va pas et ça me semble soudainement réel.	
21. Il m'arrive souvent de ne pas pouvoir me débarrasser de certaines idées, parce que j'arrive toujours à trouver des possibilités qui viennent les confirmer.	
22. Mon imagination peut me faire perdre confiance en ce que je perçois.	
23. Une simple possibilité a souvent autant d'impact sur moi que la réalité.	
24. Même si j'ai toutes sortes de preuves visibles qui contredisent l'existence d'un problème, j'ai tout de même le sentiment qu'il pourrait se produire.	
25. Même la plus faible des possibilités peut me faire perdre confiance en ce que je sais.	
26. Je peux imaginer quelque chose et finir par le vivre.	
27. Je suis plus souvent préoccupé par quelque chose que je ne peux pas voir que par quelque chose que je peux voir.	
28. Parfois, je pense à des possibilités bizarres qui me semblent réelles.	
29. Je réagis souvent à un scénario qui pourrait arriver comme si cela arrivait vraiment.	
30. Parfois, je suis incapable de dire si toutes les possibilités qui me viennent à l'esprit sont réelles ou non.	

Merci de votre collaboration!

No dossier _____

Date _____



QUESTIONNAIRE SUR LA PROPENSION À L'IMMERSION
 Laboratoire de Cyberpsychologie de l'UQO
 (2002)

Indiquer votre réponse en inscrivant un "X" dans la case appropriée de l'échelle en 7 points. Veuillez prendre en compte l'échelle en entier lorsque vous inscrivez vos réponses, surtout lorsque des niveaux intermédiaires sont en jeu. Par exemple, si votre réponse est "une fois ou deux", la deuxième case à partir de la gauche devrait être utilisée. Si votre réponse est "plusieurs fois mais pas extrêmement souvent", alors la sixième case (ou la deuxième à partir de la droite) devrait être utilisée.

1. Devenez-vous facilement et profondément absorbé(e) lorsque vous visionnez des films ou des téléromans?

1	2	3	4	5	6	7
JAMAIS	À L'OCCASION				SOUVENT	

2. Vous arrive-t-il d'être tellement absorbé(e) dans une émission de télévision ou un livre que les gens autour de vous ont de la difficulté à vous en tirer?

1	2	3	4	5	6	7
JAMAIS	À L'OCCASION				SOUVENT	

3. Jusqu'à quel point vous sentez-vous mentalement éveillé(e) ou vif(ve) d'esprit en ce moment même?

1	2	3	4	5	6	7
PAS ÉVEILLÉ(E)	MODÉRÉMENT			COMPLÈTEMENT ÉVEILLÉ(E)		

4. Vous arrive-t-il d'être tellement absorbé(e) dans un film que vous n'êtes pas conscient(e) des choses qui se passent autour de vous?

1	2	3	4	5	6	7
JAMAIS	À L'OCCASION				SOUVENT	

5. À quelle fréquence vous arrive-t-il de vous identifier intimement avec les personnages d'une histoire?

1	2	3	4	5	6	7
JAMAIS	À L'OCCASION				SOUVENT	

6. Vous arrive-t-il d'être tellement absorbé(e) dans un jeu vidéo que vous avez l'impression d'être à l'intérieur du jeu plutôt qu'en train de manœuvrer des manettes de jeu et de regarder un écran?

JAMAIS À L'OCCASION SOUVENT

7. Comment vous sentez-vous au plan de la forme physique aujourd'hui?

PAS EN FORME MODÉRÉMENT BIEN EXTRÊMEMENT BIEN

8. Dans quelle mesure êtes-vous efficace pour vous couper des distractions extérieures lorsque vous êtes en train de faire quelque chose?

PAS TRÈS
BON(NE) PLUTÔT
BON(NE) TRÈS BON(NE)

9. Lorsque vous assistez à un match sportif, vous arrive-t-il de devenir tellement pris(e) par le match que vous réagissez comme si vous étiez un des joueurs?

JAMAIS À L'OCCASION SOUVENT

10. Vous arrive-t-il d'être tellement absorbé(e) dans des rêveries, en plein jour, que vous n'êtes pas conscient des choses qui se passent autour de vous?

JAMAIS À L'OCCASION SOUVENT

11. Vous arrive-t-il d'avoir des rêves qui semblent tellement réels que vous vous sentez désorienté(e) au réveil?

JAMAIS À L'OCCASION SOUVENT

12. Quand vous faites du sport, vous arrive-t-il d'être à ce point absorbé(e) que vous perdez la notion du temps?

JAMAIS À L'OCCASION SOUVENT

13. Dans quelle mesure arrivez-vous à vous concentrer lors d'activités plaisantes?

PAS DU TOUT			MODÉRÉMENT			TRÈS BIEN
			BIEN			

14. À quelle fréquence jouez-vous à des jeux vidéos? (SOUVENT devrait correspondre à tous les jours, ou tous les deux jours, en moyenne)

JAMAIS			À L'OCCASION			SOUVENT

15. Vous est-il déjà arrivé(e) d'être excité(e) lorsque vous visionnez une scène de poursuite ou de combat à la télévision ou dans un film?

JAMAIS			À L'OCCASION			SOUVENT

16. Vous est-il déjà arrivé(e) d'être apeuré(e) par quelque chose se produisant à la télévision ou dans un film?

JAMAIS			À L'OCCASION			SOUVENT

17. Vous est-il déjà arrivé(e) de demeurer apeuré(e) longtemps après le visionnement d'un film d'épouvante?

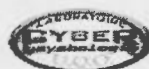
JAMAIS			À L'OCCASION			SOUVENT

18. Vous arrive-t-il de devenir absorbé(e) à un point tel dans une activité donnée que vous en perdez la notion du temps?

JAMAIS			À L'OCCASION			SOUVENT

No dossier _____

Date _____



QUESTIONNAIRE SUR L'ÉTAT DE PRÉSENCE
Laboratoire de Cyberpsychologie de l'UQO
(2002)

Décrivez votre expérience dans l'environnement en marquant d'un "X" la case appropriée de l'échelle en 7 points, et ce en accord avec le contenu de la question et les étiquettes descriptives. Veuillez prendre en compte l'échelle en entier lorsque vous inscrivez vos réponses, surtout lorsque des niveaux intermédiaires sont en jeu. Répondez aux questions indépendamment les unes des autres et dans l'ordre dans lequel ils apparaissent. Ne sautez **pas** de questions et ne retournez **pas** à une question précédente afin de modifier votre réponse.

EN FONCTION DE L'ENVIRONNEMENT DANS LEQUEL VOUS ÉTIEZ

1. Dans quelle mesure étiez-vous capable de contrôler les événements?

PAS DU TOUT			ASSEZ			COMPLÈTEMENT

2. Dans quelle mesure l'environnement était-il réactif (sensible) aux actions que vous y faisiez?

PAS			MODÉRÉMENT			COMPLÈTEMENT
RÉACTIF			RÉACTIF			RÉACTIF

3. Dans quelle mesure vos interactions avec l'environnement vous semblaient-elles naturelles?

EXTRÊMEMENT			A MI-CHEMIN			COMPLÈTEMENT
ARTIFICIELLES						NATURELLES

4. Dans quelle mesure les aspects visuels de l'environnement vous invitaient-ils à vous y impliquer?

PAS DU TOUT			ASSEZ			COMPLÈTEMENT

5. Dans quelle mesure les mécanismes permettant votre mouvement dans l'environnement vous semblaient-ils naturels?

EXTRÊMEMENT			A MI-CHEMIN			COMPLÈTEMENT
ARTIFICIELS						NATURELS

6. Dans quelle mesure vos sens étaient-ils trompés par le réalisme du mouvement des objets à travers l'espace?

PAS DU TOUT	MODÉRÉMENT				TRÈS	
	TROMPÉS				TROMPÉS	

7. Dans quelle mesure les expériences que vous avez vécues dans l'environnement virtuel ressemblaient-elles à celles de l'environnement réel ?

PAS	MODÉRÉMENT				TRÈS	
RESSEMBLANT	RESSEMBLANT				RESSEMBLANT	

8. Étiez-vous capable d'anticiper les conséquences des mouvements que vous faisiez?

PAS DU TOUT	ASSEZ				COMPLÈTEMENT	

9. Jusqu'à quel point étiez-vous en mesure d'explorer activement l'environnement de façon visuelle?

PAS DU TOUT	ASSEZ				COMPLÈTEMENT	

10. Jusqu'à quel point la sensation de déplacement à l'intérieur de l'environnement virtuel était-elle confondante (réaliste)?

PAS	MODÉRÉMENT				TRÈS	
CONFONDANTE	CONFONDANTE				CONFONDANTE	

11. À quelle distance pouviez-vous examiner les objets?

PAS PROCHE	PLUTÔT				TRÈS	
DU TOUT	PROCHE				PROCHE	

12. Jusqu'à quel point pouviez-vous examiner les objets sous différents angles?

PAS DU TOUT	ASSEZ				COMPLÈTEMENT	

13. Jusqu'à quel point étiez-vous impliqué(e) dans l'expérience vécue dans l'environnement virtuel?

PAS DU TOUT			MOYENNEMENT			COMPLÈTEMENT
ENGAGÉ(E)			ENGAGÉ(E)			ABSORBÉ(E)

14. Jusqu'à quel point avez-vous ressenti un délai séparant vos actions de leurs conséquences?

AUCUN			DÉLAI			LONG
DÉLAI			MODÉRÉ			DÉLAI

15. À quel rythme vous êtes-vous adapté(e) à l'expérience vécue dans l'environnement virtuel?

PAS ADAPTÉ(E)			LENTEMENT			EN MOINS
DU TOUT						D'UNE MINUTE

16. En termes d'interactions et de déplacements dans l'environnement virtuel, jusqu'à quel point vous sentiez-vous compétent(e) à la fin de l'expérience?

PAS			RAISONNABLEMENT			TRÈS
COMPÉTENT(E)			COMPÉTENT(E)			COMPÉTENT(E)

17. Jusqu'à quel point la qualité visuelle de l'appareillage graphique vous a-t-elle incommodé(e) dans l'exécution des tâches requises?

PAS DU TOUT			ASSEZ			TÂCHES
			INCOMMODÉ(E)			COMPLÈTEMENT
						EMPÊCHÉES

18. Dans quelle mesure les mécanismes de contrôle de votre mouvement ont-ils interféré avec l'exécution des tâches requises?

PAS DU TOUT			ASSEZ			GRANDEMENT
			INTERFÉRÉ			INTERFÉRÉ

19. Jusqu'à quel point êtes-vous parvenu(e) à vous concentrer sur les tâches requises plutôt que sur les mécanismes utilisés pour effectuer lesdites tâches?

PAS DU TOUT			ASSEZ			COMPLÈTEMENT

20. Dans quelle mesure les aspects auditifs de l'environnement vous invitaient-ils à vous y impliquer?

PAS DU TOUT			ASSEZ			COMPLÈTEMENT

21. Dans quelle mesure arriviez-vous à identifier correctement les sons produits dans l'environnement?

PAS DU TOUT			ASSEZ			COMPLÈTEMENT

22. Dans quelle mesure arriviez-vous à localiser correctement les sons produits dans l'environnement?

PAS DU TOUT			ASSEZ			COMPLÈTEMENT

23. Dans quelle mesure pouviez-vous explorer activement et de façon tactile (par le toucher) l'environnement?

PAS DU TOUT			ASSEZ			COMPLÈTEMENT

24. Jusqu'à quel point pouviez-vous déplacer ou manipuler les objets dans l'environnement virtuel?

PAS DU TOUT			ASSEZ			COMPLÈTEMENT



Questionnaire sur les cybermalaises

Laboratoire de Cyberpsychologie de l'UQO
(Traduit de Kennedy, R.S. et al., 1993)

Numéro _____

Date _____

Consignes : Encerclez à quel point chaque symptôme ci-dessous vous affecte présentement.

1. Inconfort général	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Modérément</u>	<u>Sévèrement</u>
2. Fatigue	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Modérément</u>	<u>Sévèrement</u>
3. Mal de tête	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Modérément</u>	<u>Sévèrement</u>
4. Fatigue des yeux	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Modérément</u>	<u>Sévèrement</u>
5. Difficulté à faire le focus	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Modérément</u>	<u>Sévèrement</u>
6. Augmentation de la salivation	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Modérément</u>	<u>Sévèrement</u>
7. Transpiration	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Modérément</u>	<u>Sévèrement</u>
8. Nausées	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Modérément</u>	<u>Sévèrement</u>
9. Difficulté à se concentrer	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Modérément</u>	<u>Sévèrement</u>
10. Impression de lourdeur dans la tête	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Modérément</u>	<u>Sévèrement</u>
11. Vision embrouillée	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Modérément</u>	<u>Sévèrement</u>
12. Étourdissement les yeux ouverts	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Modérément</u>	<u>Sévèrement</u>
13. Étourdissement les yeux fermés	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Modérément</u>	<u>Sévèrement</u>
14. *Vertiges	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Modérément</u>	<u>Sévèrement</u>
15. **Conscience de l'estomac	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Modérément</u>	<u>Sévèrement</u>
16. Rots	<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Modérément</u>	<u>Sévèrement</u>

* Les vertiges sont vécus comme une perte de l'orientation par rapport à la position verticale.

** L'expression « conscience de l'estomac » est habituellement utilisée pour désigner un sentiment d'inconfort sans nausée.

APPENDICE G

PREUVE DE PUBLICATION ET SOUMISSION D'ARTICLES

Clinical Case Studies

<http://ccs.sagepub.com/>

Inference-Based Therapy for Compulsive Hoarding : A Clinical Case Study

Marie-Eve St-Pierre-Delorme, Magali Purcell Lalonde, Valérie Perreault, Natalia Koszegi and Kieron O'Connor

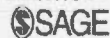
Clinical Case Studies 2011 10: 291 originally published online 1 June 2011

DOI: 10.1177/1534650111411293

The online version of this article can be found at:

<http://ccs.sagepub.com/content/10/4/291>

Published by:



<http://www.sagepublications.com>

Additional services and information for *Clinical Case Studies* can be found at:

Email Alerts: <http://ccs.sagepub.com/cgi/alerts>

Subscriptions: <http://ccs.sagepub.com/subscriptions>

Reprints: <http://www.sagepub.com/journalsReprints.nav>

Permissions: <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>

Citations: <http://ccs.sagepub.com/content/10/4/291.refs.html>

>> Version of Record - Oct 7, 2011

OnlineFirst Version of Record - Jun 1, 2011

What is This?

Inference-Based Therapy for Compulsive Hoarding: A Clinical Case Study

Clinical Case Studies

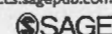
10(4) 291-303

© The Author(s) 2011

Reprints and permission: <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>

DOI: 10.1177/1534650111411293

<http://ccs.sagepub.com>



Marie-Eve St-Pierre-Delorme¹,
Magali Purcell Lalonde¹, Valérie Perreault¹,
Natalia Koszegi¹, and Kieron O'Connor²

Abstract

Compulsive hoarding (CH) is a chronic and debilitating condition that generally shows poor treatment response to both psychopharmacotherapy and cognitive-behavioral therapy. The present case study describes the application of a cognitive inference-based therapy program to the treatment of a 39-year-old woman diagnosed with CH. During a 24-week treatment period, her hoarding behavior and associated beliefs significantly decreased. Specifically, Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale scores became subclinical at the 6-months follow-up. There was also a clinically significant decrease in Beck Depression Inventory-II, Beck Anxiety Inventory, Overvalued Ideas Scale, and Saving Inventory-Revised scores. The single case study has implications for the treatment of CH and other problems showing ego-syntonic beliefs.

Keywords

compulsive hoarding, cognitive therapy, obsessive-compulsive disorder

I Theoretical and Research Basis for Treatment

Compulsive hoarding (CH) is characterized by excessive accumulation of worthless items, inability of discarding these items, and impairment in mobility created by the home being almost completely filled with clutter. Such acquisition of items leads to an inadequate use of the personal environment and significant distress in individuals suffering from the disorder (Frost & Hartl, 1996). CH is a disabling disorder that has a strong impact on the social, financial, and the family level (Tolin, Frost, Steketee, & Fitch, 2008). In addition, many environmental and health risks are associated with CH such as an elevated fire hazard (Tolin, Frost, & Steketee, 2007). CH, also known as syllogomania, is presently regarded as a subtype of obsessive-compulsive disorder (OCD; Steketee & Frost, 2003). However, a debate is currently underway as to whether CH is an OCD subtype (Rachman, Elliott, Shafran, & Radomsky, 2009). In fact, CH is likely to be classified as a separate psychiatric disorder in the new fifth version of the *Diagnostic and Statistical*

¹Centre de recherche Fernand-Seguin, Montreal, Canada

²Université du Québec en Outaouais, Gatineau, Canada

Corresponding Author:

Marie-Eve St-Pierre-Delorme, Centre de recherche Fernand-Seguin,

7331 Hochelaga street, Montreal, Quebec H1N 3V2, Canada

Email: st-pierre-delorme.marie-eve@courrier.uqam.ca

Bonjour Mme St-Pierre-Delorme,

Nous accusons réception de l'article que vous nous avez envoyé, intitulé:

Le trouble d'accumulation compulsive : Recension des écrits et présentation d'un modèle explicatif

Bonne journée



BIBLIOGRAPHIE

- Aardema, F., O'Connor, K., Côté, S., & Taillon, A. (2010). Virtual reality induces dissociation and lowers sense of presence in objective reality. *Cyberpsychology, behavior and social networking*, 13(4), 429-435.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5 ed.): American Psychiatric Publication.
- Balk, S. A., Bertola, M. A., & Inman, V. W. (2013). *Simulator sickness questionnaire: Twenty years later*. Paper presented at the Driving Assessment Conference.
http://drivingassessment.uiowa.edu/sites/default/files/DA2013/Papers/041_Balk_0.pdf
- Botella, C., García-Palacios, A., Villa, H., Baños, R. M., Quero, S., Alcañiz, M., & Riva, G. (2007). Virtual reality exposure in the treatment of panic disorder and agoraphobia: A controlled study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(3), 164-175. doi: 10.1002/cpp.524
- Bouchard, S., Robillard, G., & Renaud, P. (2007). *Revising the factor structure of the simulator sickness questionnaire*. Paper presented at the Annual Review of Cybertherapy and Rehabilitation.
- Choi, Y. H., Vincelli, F., Riva, G., Wiederhold, B. K., Lee, J. H., & Park, K. H. (2005). Effects of group experiential cognitive therapy for the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Cyberpsychology and Behavior*, 8(4), 387-393. doi: 10.1089/cpb.2005.8.387
- Difede, J., Cukor, J., Jayasinghe, N., Patt, I., Jedel, S., Spielman, L., Giosan, C., & Hoffman, H. G. (2007). Virtual reality exposure therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder following September 11, 2001. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(11), 1639-1647.
- Emmelkamp, P. M., Krijn, M., Hulsbosch, A. M., de Vries, S., Schuemie, M. J., & van der Mast, C. A. (2002). Virtual reality treatment versus exposure in vivo: a comparative evaluation in acrophobia. *Behavior Research and Therapy*, 40(5), 509-516.
- Frost, R. O., & Hartl, T. L. (1996). A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behavior Research and Therapy*, 34(4), 341-350.

- Garcia-Palacios, A., Hoffman, H., Carlin, A., Furness, T. A., 3rd, & Botella, C. (2002). Virtual reality in the treatment of spider phobia: a controlled study. *Behavior Research and Therapy*, 40(9), 983-993.
- Giroux, I., Faucher-Gravel, A., St-Hilaire, A., Boudreault, C., Jacques, C., & Bouchard, S. (2013). Gambling exposure in virtual reality and modification of urge to gamble. *Journal of cyberpsychology and social networking*, 16(3), 224-231.
- Gregg, L., & Tarrier, N. (2007). Virtual reality in mental health: A review of the literature. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(5), 343-354.
- Harris, S. R., Kemmerling, R. L., & North, M. M. (2002). Brief virtual reality therapy for public speaking anxiety. *Cyberpsychology and Behavior*, 5(6), 543-550.
- IJsselstein, W. A., & Riva, G. (2003). Being There: The experience of presence in mediated environments. In F. D. G. Riva, W.A IJsselstein (Ed.), *Being There: Concepts, effects and measurement of user presence in synthetic environments* (pp. 4-14). Amsterdam: Netherlands: IOS Press.
- Insko, B. E. (2003). Measuring presence: subjective, behavioral and physiological methods. In F. D. G. Riva, W.A IJsselstein (Ed.), *Being There: Concepts, effects and measurement of user presence in synthetic environments* (pp. 108-121). Amsterdam, Netherlands: Ios Press.
- Kennedy, R. S., Lane, N. E., Berbaum, K. S., & Lilienthal, M. G. (1993). Simulator Sickness Questionnaire: An enhanced method for quantifying simulator sickness. *International Journal of Aviation Psychology*, 3(3), 203-220.
- Kim, K., Kim, C. H., Kim, S. Y., Roh, D., & Kim, S. I. (2009). Virtual reality for obsessive-compulsive disorder: past and the future. *Psychiatry Investig*, 6(3), 115-121.
- Klinger, E., Bouchard, S., Legeron, P., Roy, S., Lauer, F., Chemin, I., & Nugues, P. (2005). Virtual reality therapy versus cognitive behavior therapy for social phobia: a preliminary controlled study. *Cyberpsychology and Behavior*, 8(1), 76-88.
- Krijn, M., Emmelkamp, P. M., Biemond, R., de Wilde de Ligny, C., Schuemie, M. J., & van der Mast, C. A. (2004). Treatment of acrophobia in virtual reality: the role of immersion and presence. *Behavior Research and Therapy*, 42(2), 229-239. doi: 10.1016/s0005-7967(03)00139-6

- Krijn, M., Emmelkamp, P. M., Olafsson, R. P., Bouwman, M., van Gerwen, L. J., Spinhoven, P., Schuemie, M. J., & van der Mast, C. A. (2007). Fear of flying treatment methods: virtual reality exposure vs. cognitive behavioral therapy. *Aviation Space and Environmental Medicine*, 78(2), 121-128.
- Lawson, B. D., Graeber, D. A., & Mead, A. M. (2002). Signs and symptoms of human syndromes associated with synthetic experience. In K. M. Stanney (Ed.), *Handbook of virtual environments: Design, implementation, and applications* (pp. 589-618). Mahwah: IEA.
- Maltby, N., Kirsch, I., Mayers, M., & Allen, G. J. (2002). Virtual reality exposure therapy for the treatment of fear of flying: a controlled investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1112-1118.
- Mantovani, F., Castelnuovo, G. (2003), The Sense of Presence in Virtual Training: Enhancing Skills Acquisition and Transfer of Knowledge through Learning Experience in Virtual Environments, in Davide F., Riva G. (a cura di), *Being There: Concepts, Effects and Measurement of User Presence in Synthetic Environments*, Ios Press, 167-182.
- Morina, N., Brinkman, W.P., Hartanto, D., & Emmelkamp, P.M.G. (2014). Sense of presence and anxiety during virtual social interaction between a human and virtual humans. *Peer J*, 2, doi: 10.7717/peerj.337
- Muroff, J., Bratitotis, C., & Steketee, G. (2011). Treatment for hoarding behaviors: A review of the evidence. *Clinical Social Work Journal*, 39(4), 406-423. doi: 10.1007/s10615-010-0311-4
- Murray, C. D., Fox, J., & Pettifer, S. (2007). Absorption, dissociation, locus of control and presence in virtual reality. *Computers in human behavior*, 23(3), 1347-1354.
- O'Connor, K., Bertrand, M., St-Pierre, E., & Delorme, M.-E. (2011). *Virtual hoarding: Development of a virtual environment for compulsive accumulation*. Paper presented at the Cybertherapy and cyberpsychology, Gatineau.
- O'Connor, K., St-Pierre-Delorme, M.-E., & Koszegi, N. (2013). *Entre monts et merveilles: Comment reconnaître et surmonter l'accumulation compulsive*. Québec: Les Éditions Multimondes.

- Opris, D., Pinte, S., Garcia-Palacios, A., Botella, C., Szamoskozi, S., & David, D. (2012). Virtual reality exposure therapy in anxiety disorder :A quantitative meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 29(2), 85-93. Doi: 10.1002/doi20910
- Perpina, C., Roncero, M., Fernandez-Aranda, F., Jimenez-Murcia, S., Forcano, L., & Sanchez, I. (2013). Clinical validation of a virtual environment for normalizing eating patterns in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 54(6), 680-686. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.01.007
- Regenbrecht, H. T., Schubert, T. W., & Friedmann, F. (1998). Measuring the sense of presence and its relations to fear of heights in virtual environments. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 10(3), 233-249.
- Riva, G. (2002). Virtual reality for health care: The status of research. *Cyberpsychology and Behavior*, 5, 219-225.
- Riva, G. (2005). Virtual reality in psychotherapy: review. *Cyberpsychology and Behavior*, 8(3), 220-230.
- Riva, G. (2009). Virtual reality: an experiential tool for clinical psychology. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37(3), 337-345. doi: 10.1080/03069880902957056
- Riva, G., Bacchetta, M., Barus, M., Rinaldi, S., & Molinari, E. (1998). Experiential cognitive therapy: A VR based approach for the assessment and treatment of eating disorders. In B. W. G. Riva, & E. Molinari (Ed.), *Virtual environments in clinical psychology and neuroscience: Methods and techniques in advanced patient-therapist interaction* (pp. 120-135). Amsterdam: Ios Press.
- Riva, G., Bacchetta, M., Baruffi, M., Rinaldi, S., & Molinari, E. (1999). Virtual reality based experiential cognitive treatment of anorexia nervosa. *Journal of behavior therapy and experiential psychiatry*, 30, 221-230.
- Riva, G., Botella, C., Castelnuevo, G., Gaggioli, A., Mantovani, F., & Molinari, E. (2004). Cybertherapy in practice: The VEPSY updated project. *Studies in Health Technology and Informatics*, 99, 3-14.
- Robillard, G., Bouchard, S., Dumoulin, S., Guitard, T., & Klinger, E. (2010). Using virtual humans to alleviate social anxiety: preliminary report from a comparative outcome study. *Studies in Health Technology and Informatics*, 154, 57-60.

- Robillard, G., Bouchard, S., Fournier, T., & Renaud, P. (2003). Anxiety and presence during VR immersion: a comparative study of the reactions of phobic and non-phobic participants in therapeutic virtual environments derived from computer games. *Cyberpsychology and Behavior*, 6(5), 467-476.
- Robillard, Bouchard, Renaud & Cournoyer (2002). Validation canadienne-française de deux mesures importantes en réalité virtuelle : L'Immersive Tendencies Questionnaire et le Presence Questionnaire. Poster presented at the 25^{ième} congrès de la Société Québécoise pour la recherche en psychologie (SQRP), Trois-Rivières.
- Rothbaum, B. O., Anderson, P., Zimand, E., Hodges, L., Lang, D., & Wilson, J. (2006). Virtual reality exposure therapy and standard (in vivo) exposure therapy in the treatment of fear of flying. *Behavior and Therapy*, 37(1), 80-90.
- Rothbaum, B. O., Hodges, L., Smith, S., Lee, J. H., & Price, L. (2000). A controlled study of virtual reality exposure therapy for the fear of flying. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1020-1026.
- Schuemie, M. J., van der Straaten, P., Krijn, M., & van der Mast, C. (2001). Research on presence in virtual reality: A survey *Cyberpsychology and Behavior*, 4(2), 183-201.
- Slater, M. (2003). PRESENCE—Connect [On-line]. from <http://presence.cs.ucl.ac.uk/presenceconnect/articles/Jan2003/melslaterJan27200391557/melslaterJan27200391557.html>.
- Slater, M., & Steed, A. (2000). A virtual presence counter. *Presence: Teleoperators and Virtual Environments*, 9(5), 413-434.
- Slater, M., Steed, A., Mc Carthy, J., & Marinelli, F. (1998). The influence of body movement on presence in virtual environments. *Human Factors*, 40, 469-477.
- Slater, M., & Usoh, M. (1993). Representations systems, perceptual position, and presence in immersive virtual environments. *Presence: Teleoperators and Virtual Environments*, 2(3), 221-233.
- Slater, M., & Wilbur, S. (1997). A framework for immersive virtual environments (FIVE): Speculations on the role of presence in virtual environments. *Presence: Teleoperators and Virtual Reality*, 6(6), 603-616.
- Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G., & Fitch, K. E. (2008). Family burden of compulsive hoarding: results of an internet survey. *Behavior Research and Therapy*, 46(3), 334-344.

- van der Straaten, P., & Schuemi, M. J. (2002). Interaction affecting the sense of presence in virtual reality. Retrived on january 7th from <http://www.mmi.tudelft.nl/~vrphobia/intpres.pdf>
- Vincelli, F. (1999). From imagination to virtual reality: The future of clinical psychology. *Cyberpsychology and Behavior*, 2(3), 241-249.
- Witmer, B. G., & Singer, M. J. (1998). Measuring presence in virtual environments: A presence questionnaire. *Presence: Teleoperators and Virtual Environments*, 7(225-240).